



MARIA ZULMIRA MINEIRO AGRA PEIXOTO

AS EMOÇÕES DOS ENFERMEIROS FACE À CRIANÇA EM FIM DE VIDA

Tese de Mestrado apresentada para a
obtenção do grau de Mestre em Cuidados
Paliativos, sob a orientação do Professor
Doutor Luís Carlos Carvalho da Graça

4º CURSO DE MESTRADO EM CUIDADOS PALIATIVOS
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO

PORTO, 2014

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

4º Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos

AS EMOÇÕES DOS ENFERMEIROS FACE À CRIANÇA EM FIM DE VIDA

Tese de Mestrado apresentada para a
obtenção do grau de Mestre em Cuidados
Paliativos, sob a orientação do Professor
Doutor Luís Carlos Carvalho da Graça

Maria Zulmira Mineiro Agra Peixoto¹

Porto, 2014

¹ Enfermeira no Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/ Vila do Conde

PENSAMENTO

*“Assistir à morte em paz de um ser humano faz-nos
recordar uma estrela cadente, uma de milhões de luzes no
vasto céu que brilha durante um curto instante para se
extinguir para sempre na noite sem fim”*

Kubler-Ross(2000)

DEDICATÓRIA

Gostaria de dedicar este trabalho a todos aqueles que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a sua realização.

AGRADECIMENTOS

A realização deste estudo de investigação marca mais uma etapa na minha vida. Foram alguns os obstáculos encontrados ao longo da elaboração deste trabalho, e o resultado final só é possível graças ao contributo de algumas pessoas, as quais não quero deixar esquecidas. Neste sentido gostaria de agradecer:

Ao professor doutor Luís Carlos Carvalho da Graça, por ter aceitado o meu convite para me ajudar ao longo deste percurso, por me auxiliar a ultrapassar algumas dificuldades que me foram aparecendo pelo caminho e, acima de tudo, pela orientação competente e sábia, pelas sugestões pertinentes e por todos os momentos de apoio que me proporcionou nas fases de desânimo que foram surgindo ao longo deste percurso, sem o seu incentivo este trabalho não teria sido possível;

Ao conselho de administração do centro hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, à comissão de ética, a todos obrigada pela colaboração e permissão para a realização do estudo nesta instituição de saúde;

Aos senhores enfermeiros chefes dos serviços de pediatria/ neonatologia, consulta externa e serviço de urgência pela disponibilidade demonstrada e pelo auxílio prestado na distribuição e recolha dos questionários;

A todos os enfermeiros, por terem aceitado participar na realização deste estudo. Sem eles nada disto teria sido possível;

Aos meus amigos e colegas, pela paciência, ajuda e compreensão demonstrados ao longo da realização deste trabalho;

A toda a minha família que colaborou na realização deste projeto e especialmente pela compreensão que demonstraram ao longo de todo este percurso; Realço os meus pais que me transmitiram esta garra e esta perseverança que me permitiram abraçar este desafio. Estejam onde estiverem, eu acredito que estão sempre comigo... Que descansem em paz e obrigada por tudo o que me deram...

A todos aqueles que não foram aqui referidos, mas que foram uma importante ajuda para ultrapassar os obstáculos que foram surgindo;

A todos um grande obrigado e...muito Bem Hajam!

SIGLAS E ABREVIATURAS

ANCP – Associação Nacional de Cuidados Paliativos

Ccom – Capacidade de compreensão

CGma – Capacidade de gestão

CHPVVC- Centro Hospitalar Póvoa e Varzim/Vila do Conde

CImea – Capacidade de investimento

Cit. – Citado

INE – Instituto Nacional de Estatística

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

SFAP – Sociedade francesa de acompanhamento e de cuidados paliativos

SOC – Sense of coherence

SPSS – Statistical Package for the Social Science

UCA- Unidade de cirurgia do ambulatório.

WHO – World Health Organization

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos enfermeiros conforme as características sociodemográficas

Tabela 2 – Distribuição dos enfermeiros conforme as características profissionais

Tabela 3 – Distribuição conforme a confrontação com a morte, perda ou doença grave no último ano

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição dos scores das emoções perante a morte

Quadro 2 – Distribuição dos scores das emoções perante a morte da criança

Quadro 3 – Distribuição dos scores das emoções perante a morte da criança que cuida

Quadro 4 – Correlações das emoções nas diferentes situações de morte

Quadro 5 – Análise das diferenças das emoções perante a morte conforme a confrontação com a morte de crianças em contexto profissional

Quadro 6 – Análise das diferenças das emoções perante a morte da criança, conforme a confrontação com a morte de crianças em contexto profissional

Quadro 7 – Análise das diferenças das emoções perante a morte da criança que cuida, conforme a confrontação com a morte de crianças em contexto profissional

Quadro 8 – Correlação entre o SOC e as emoções perante a morte

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Causas de morte (1-14 anos) em Portugal

Gráfico 2 – Emoções perante a morte

RESUMO

A morte é, sem sombra de dúvida, considerada o acontecimento mais dramático e que maior sofrimento provoca nas pessoas que o vivenciam, quer diretamente quer por proximidade, dado que desde muito cedo constatamos a consternação que esta implica seja quando ocorre com os nossos familiares, amigos ou simplesmente com conhecidos. As nossas vivências pessoais, familiares ou sociais potenciam o seu efeito ou consequências em cada individuo (Grinberg cit. por Beja *et al.*, 2011a).

Apesar da importância que lhe tem sido conferida em termos filosóficos, artísticos, culturais e científicos, só a partir de meados do século XX é que o tema da morte foi mais aprofundado em estudos na área da psicologia, sendo abordados em particular o medo ou a ansiedade da morte (Pais-Ribeiro, 2007).

As pessoas com mais medo da morte têm uma visão mais negativa da morte, pensam mais frequentemente sobre a morte, e temem mais a morte à medida que vão envelhecendo (Barros Oliveira cit. por Beja *et al.*, 2011b).

Desde muito jovens que temos a noção da inevitabilidade da morte mas temos mais dificuldade em aceitar esse facto quando esta ocorre em fases precoces da vida. Na realidade a morte de uma criança é uma situação que nos provoca consternação e revolta pois o natural seria que os adultos morressem antes das crianças na perspectiva do ciclo vital (Bouso cit. por Poles *et al.*, 2004a).

Nos serviços de saúde os profissionais e nomeadamente os enfermeiros lidam habitualmente com a doença e a morte em crianças e o luto dos respetivos familiares, sem que se sintam adequadamente preparados para enfrentar esses acontecimentos. Estas contingências acarretam um custo psicológico acrescido com desgaste psicológico e sofrimento inerentes à vivência deste tipo de situações. Os profissionais são confrontados no dia-a-dia com a dor e o sofrimento das crianças e com o impacto nas suas famílias, assim como também com a repercussão emocional que estes acontecimentos têm inevitavelmente neles próprios.

Assim sendo as emoções representam um grande valor adaptativo para os indivíduos, permitindo enfrentar os desafios e aproveitar as oportunidades oferecidas pelo meio. Por esse motivo o seu estudo revela-se da maior importância na área da saúde e em especial no que diz respeito à vivência da morte.

“A gestão do *stress* tem sido abordada pelos investigadores sob diferentes perspectivas. Uns centram-se nos aspetos cognitivos e de personalidade, outros

salientam aspetos comportamentais. Antonovsky propõe, o sentido de coerência (SOC), enquanto característica pessoal, como elemento influenciador das estratégias de gestão de *stress*,” (Saboga Nunes, 1999a).

Um SOC elevado aproxima o indivíduo da máxima funcionalidade, enquanto um contínuo SOC baixo está relacionado com os indicadores reveladores de uma precária gestão da saúde. Este constructo é fundamentalmente estruturado por fatores sociais, que nos aproxima da compreensão da saúde como algo muito mais global (Saboga Nunes, 1999b).

Desta problemática emerge uma questão de investigação:

“Qual a relação entre as emoções perante a morte e o sentido interno de coerência dos enfermeiros prestadores de cuidados a crianças?”

Esta questão conduz-nos à exploração da área de estudo, em que traçamos o seguinte objetivo geral:

- Analisar a relação entre as emoções perante a morte e o sentido interno de coerência dos enfermeiros prestadores de cuidados a crianças.

Como objetivos específicos definimos:

- Identificar as emoções perante a morte de enfermeiros prestadores de cuidados a crianças;
- Avaliar o SOC dos enfermeiros prestadores de cuidados a crianças;
- Avaliar as relações entre as emoções perante a morte e o sentido de coerência dos enfermeiros prestadores de cuidados a crianças.

O estudo decorreu em dois momentos. No primeiro momento foi feito um estudo exploratório para identificar as emoções, que nos permitiu numa fase posterior construirmos uma escala com base nas emoções expressas mais frequentemente pelos enfermeiros. Para este momento o instrumento de colheita de dados foi constituído por um **questionário demográfico** e três **perguntas abertas onde os enfermeiros assinalavam as suas emoções**. No segundo momento manteve-se o questionário demográfico, incluímos o **questionário de sentido de coerência (SOC)** validado para a população portuguesa por Saboga Nunes (1999c) e a escala das emoções perante a morte constituída por 21 itens que imergiram do estudo inicial, operacionalizados numa

escala de *Likert* de cinco atributos. Estes itens permitiram identificar as emoções associadas à morte e avaliar a relação entre o sentido de coerência dos profissionais e as emoções perante a morte.

Face à problemática em estudo e tendo em conta a pergunta de partida e os objetivos optamos por realizar um estudo quantitativo, descritivo-correlacional e exploratório.

Estamos perante um estudo nível II pelo que foi nossa pretensão explorar relações entre variáveis. Para esse efeito realizamos um estudo transversal, dado que os dados foram recolhidos num único momento.

As colheitas de dados decorreram no primeiro momento no mês de abril de 2014 e no segundo momento entre 22 de julho e 4 de agosto de 2014.

A população é constituída por 42 enfermeiros do centro hospitalar Póvoa de Varzim/ Vila do Conde que exercem funções nos serviços de pediatria, consulta externa e serviço de urgência ala pediátrica. Como critério de inclusão definimos os enfermeiros que prestam cuidados diretos a crianças, como critérios de exclusão os que prestam cuidados imediatos e que depois não mantém a sua prestação devido a patologia da criança sendo neste caso excluídos os enfermeiros que exercem funções no berçário dado que só cuidam recém-nascidos saudáveis. Responderam aos questionários 38 enfermeiros dado que os restantes se encontravam ausentes por doença prolongada.

Os enfermeiros do estudo são maioritariamente (91,2%) do sexo feminino, têm idades compreendidas entre os 26 e 58 anos, com média de 41,6 anos e desvio padrão de 9,55 anos. A totalidade pratica uma religião, sendo maioritariamente a católica (97,4%). Relativamente ao estado civil predominam os casados (71,1%), com filhos (71,1%), sendo os que têm 2 filhos 36,8%. Relativamente às habilitações académicas a maioria tem a licenciatura (89,5%), e quanto à formação profissional predominam os que têm curso de especialização em enfermagem (55,3%), sendo a especialização em enfermagem de saúde infantil e pediatria a mais representada (52,4%). No que concerne à categoria profissional a maioria é enfermeiro (71,1%), a experiência profissional varia entre os 2 e os 38 anos com uma média de 19 anos e desvio padrão de 10,07 anos, quanto ao tempo de serviço na área da pediatria este varia entre os 0 e os 36 anos com média de 10,8 anos e desvio padrão de 10 anos.

No que se refere ao serviço onde exercem funções a maioria trabalha no serviço de pediatria (47,4%). Nas questões relativas a situações de perda/ morte na família 57,9% referiram esta situação, e 63,2% % referiu ter vivido situações de doença grave

na família e/ou amigos. Nas questões relativas ao confronto em contexto profissional com situações de morte ou eminência em adultos e em crianças a situação é sobreponível com 84,2% dos enfermeiros a responder afirmativamente.

Quanto às emoções verificamos que as que detêm scores mais elevados são as de impotência, tristeza, revolta, injustiça, raiva e perda. Foram referidas algumas outras emoções com scores igualmente elevados nomeadamente alívio, compaixão e esperança. As emoções que tiveram scores mais baixos foram confusão, negação e depressão.

Da análise das correlações entre as emoções perante a morte e a morte da criança constatamos a ocorrência de correlações estatisticamente positivas e altas para a dor, moderadas para a revolta e para a esperança, baixas para a impotência, medo, compaixão, depressão, vazio e confusão, não se observando correlações para as restantes emoções. Relativamente à análise das correlações entre as emoções perante a morte e a morte da criança que cuida constatamos a existência de correlações estatisticamente positivas moderadas para a dor e baixas para a tristeza, e para a frustração, não se observando correlações para as restantes emoções. No que diz respeito à análise das correlações entre as emoções perante a morte da criança e a morte da criança que cuida constatamos que se verificavam correlações estatisticamente positivas altas para a revolta e para a tristeza, moderadas para a esperança, a negação e a dor, baixas para a depressão, a compaixão, a injustiça e o sofrimento, não se observando correlações para as restantes emoções.

Da análise das correlações entre o SOC e as emoções perante a morte observam-se correlações estatisticamente positivas e moderadas para a injustiça e baixas para a tristeza, não se observando correlações entre o SOC e as restantes emoções. Relativamente à análise das correlações entre o SOC e as emoções perante a morte da criança observam-se correlações estatisticamente positivas baixas para a injustiça, não se observando correlações entre o SOC e as restantes emoções. No que diz respeito à análise das correlações entre o SOC e as emoções perante a morte da criança que cuida observam-se correlações estatisticamente negativas moderadas para a culpa e negativas baixas para a confusão relativamente à tristeza a correlação é positiva baixa, não se observando correlações entre o SOC e as restantes emoções.

Verificamos ainda que existem várias associações entre as emoções tendo em conta a situação de morte: morte em geral, morte da criança e morte da criança que cuida.

Verificamos também a existência de associações entre o sentido interno de coerência e as emoções dos enfermeiros.

Palavras-chave: cuidados de enfermagem, morte, criança, sentido de coerência.

ABSTRACT

Death is, without a doubt, considered the most dramatic event and causes more suffering in people who experience it, either directly or by proximity, since from very early we notice the consternation that this implies when it happens to our family, friends or just unfamiliar people. Our personal, familiar or social experiences potentiate the effect or consequences in each individual (Grinberg cit. by Beja *et al.*, 2011a).

Despite the importance that has been granted in philosophical, artistic, cultural and scientific terms, it was only from mid-twentieth century that death has been specifically studied by psychologists, in particular fear or anxiety of death (Pais-Ribeiro, 2007).

People that are more afraid of death have a more negative view of death, think more often about death and fear more death as they grow old (Oliveira Barros cit. by Beja *et al.*, 2011b).

Since young ages, it's known that death is inevitable, but it's hard to accept when it happens prematurely. In fact, the death of a child is a situation that causes consternation and anger, since the natural pathway is that parents die before the children, from the perspective of the life cycle (Bousso cit. by Poles *et al.*, 2004a).

In professional health services, nurses in particular, usually deal with children illness and death and the grief of their relatives, without feeling adequately prepared to deal with these events. These contingencies entail a psychological cost with increased psychological stress and suffering inherent to these experiences. Professionals are confronted day by day with the pain and suffering of children and the impact on their families, as well as with the emotional repercussions that these events inevitably have on themselves.

Thus, emotions and feelings represent a great adaptive value for individuals, enabling to face the challenges and seize the opportunities offered by the environment. For this reason, the study of this issue proves the utmost importance in health and especially about the experience of death.

The way to deal with stressful situations has been differently defined by various authors. A personal characteristic, the sense of coherence, is the element that influences the strategies used against the stress events generators that influence the physical and mental health of individuals. The sense of coherence is a construct, essentially composed of social factors that pose as an analytical tool, and brings us closer to understand health as a global concept, as suggested by the World Health Organization.

“Stress management has been broached by researchers from different perspectives. Some focus on cognitive and personality aspects, others emphasize behavioral aspects. Antonovsky proposed the sense of coherence (SOC) as a personal characteristic, an influential element for stress management strategies” (Saboga Nunes, 1999a).

A high SOC comes close the individual to the maximum functionality, while a continuous low SOC is related to indicators revealing a poor health management. This construct is fundamentally structured by social factors, which brings us closer to understand health as something more global (Saboga Nunes, 1999b).

This problem gives rise to one research questions:

“What is the relationship between emotions towards death and internal sense of coherence of child care providers nurses?”

This question lead us to the exploration of the study area, where we draw the following general objective:

- To analyse the relationship between emotions towards death and the internal sense of coherence of the nurses that take care of children.

As specific objectives we defined:

- To identify the emotions towards death of child care providers nurses.
- To evaluate de SOC of nurses that take care of children.
- To evaluate the relationship between emotions towards death and the sense of coherence of child care providers nurses.

The study took place in two stages. At the first stage, an exploratory study was conducted to identify the emotions that allowed us in a second phase to build a scale based on emotions that were expressed more often by nurses. In the first part, the data collecting instrument consisted on a **demographic questionnaire** and three **open-ended questions where nurses marked their emotions**. In the second phase, it was included the **Sense of Coherence (SOC) questionnaire** validated for the Portuguese population by Saboga Nunes (1999c) and a scale of emotions towards death of 21 items that were originated from the initial study, operationalized in a Likert scale of five

attributes. These items permitted to identify the death related emotions and to evaluate the relationship between the coherence of professionals and the emotions towards death.

Facing the problem being studied and taking into account the primary research question and the objectives we chose to construct a quantitative, descriptive, correlational and exploratory study.

Since it is a level II study, it was our intention to explore relationships between variables. For this purpose we conducted a cross-sectional study, since the data were collected in a single moment.

Data were collected in the first phase during April 2014 and in a second moment between July 22nd and August 4th, 2014.

The population is established with 42 nurses from Póvoa de Varzim / Vila do Conde Hospital working in paediatrics, outpatient and emergency paediatric service. As inclusion criteria it was defined nurses who provide direct care to children, exclusion criteria included those who provide immediate care and then do not maintain the contribution due to child's disease being excluded in this case nurses employed in the maternity ward since they only take care of healthy newborns. 38 nurses completed the questionnaires, the others were absent because of illness.

The nurses in the study are mostly (91.2%) female, aged between 26 and 58 years, with an average of 41.6 years and a standard deviation of 9.55 years. The totality of individuals practices a religion, being the majority catholic (97.4%). In relation to marital status they are mostly married (71.1%), have children (71.1%), predominantly two children (36.8%). About academic qualifications the majority holds a degree (89.5%), and have a specialized course in nursing (55.3%), mostly in child health and paediatrics (52.4%). With regard to the professional category, the majority is represented by nurses (71.1%), professional experience ranges from 2 to 38 years with a mean of 19 years and standard deviation of 10.07 years, as to length of service in the paediatric service this varies between 0 and 36 years with a mean of 10.8 years and standard deviation of 10 years.

The service where they mostly perform their functions is at the paediatric service (47.4%). Regarding issues related to situations of loss/death in the family, 57.9% reported this situation and 63.2% reported serious illness situations in the family and/or friends. About confrontation in a professional context with situations of death or eminence of death in adults and in children the situation is overlapping with 84.2% of the nurses responding affirmatively.

Regarding the emotions, we find that those that hold the highest scores are helplessness, sadness, indignation, injustice, rage and loss. It was also mentioned other emotions also with high scores including relief, compassion and hope. The emotions that had lower scores were confusion, denial and depression.

Analysis of correlations between emotions towards death and the death of the child found the occurrence of positive and statistically higher correlations for pain, moderate to revolt and hope, low for impotence, fear, compassion, depression, emptiness and confusion, no correlations were observed for the other emotions. Regarding the analysis of correlations between emotions towards death and the death of the child being taken care found that there are statistically moderate positive correlations for pain and low for sadness and frustration, no correlations were observed for the remaining emotions. Regarding the analysis of correlations between emotions towards the child's death and the death of the child being taken care we verified statistically high positive correlations for the revolt and sadness, moderate for hope, denial and pain, lower for depression, compassion, injustice and suffering, no correlations were observed for the other emotions.

Analysis of correlations between the SOC and emotions towards death are statistically moderate positive for injustice and low to sadness, it was not observed correlations between SOC and other emotions. The analysis of the correlations between the SOC and the emotions towards the child's death reveal statistically low positive correlations for injustice, and it was not observed other correlations between SOC and other emotions. Regarding the analysis of correlations between the SOC and emotions towards the death of the child being taken care, it's observed statistically moderate negative correlations to guilt and low negative for the confusion, regarding the sadness correlation is low positive, not observing correlations between SOC and other emotions.

We also found that there are several correlations between emotions depending on the death situation: death in general, child's death and the child being taken care death.

It was also verified the existence of positive and negative correlations between the internal sense of coherence and the emotions of nurses.

Key words: nurse care, death, child, sense of coherence

ÍNDICE

1- Introdução	20
1.1- Justificação do tema e propósito do estudo	21
1.2- Organização do trabalho	24
2- Morte	26
2.1- A morte em diferentes contextos	26
2.1.1- Perspectiva histórica da morte	29
2.1.2- A morte na idade pediátrica.....	31
2.1.3- A morte e os profissionais de saúde	33
2.2- O cuidar em enfermagem	42
2.3- As emoções e os sentimentos nos cuidados em fim de vida	48
3- Sentido de Coerência	58
4- Hipótese de trabalho	63
5- Investigação empírica	65
5.1- Tipo de estudo	66
5.2- Variáveis e sua operacionalização	66
5.3- População e amostra	68
5.4- Instrumentos de colheita de dados.....	69
5.5- Procedimentos éticos e formais	71
5.6- Tratamento de dados.....	71
6- Resultados	73
6.1-Discussão dos resultados	86
7- Conclusão	95
8- Referências	99
9- Anexos	105
Anexo 1: Pedido de autorização formal à instituição	106
Anexo 2: Autorização formal da instituição	108
Anexo 3: Consentimento Informado.....	110
Anexo 4: Questionário 1	112
Anexo 5: Questionário 2	121

1- INTRODUÇÃO

Ao longo da nossa vivência profissional constatamos que efetivamente a morte e o morrer têm uma conotação negativa, pesada, desmoralizadora e que apesar dos enfermeiros, durante a sua formação académica, serem “preparados” para conviver com esta realidade, no seu dia-a-dia não é fácil controlar as suas emoções e tentar que estas não interfiram na sua atividade profissional. Para um enfermeiro é difícil assistir à morte de um doente, independentemente da sua idade, e experimentar a impotência de nada poder fazer contra a magnitude do processo de morrer.

No nosso percurso pessoal e profissional, este último desenvolvido em contexto hospitalar, sempre nos sentimos atraídas pelas problemáticas relacionadas com a saúde infantil. O contacto que fomos estabelecendo com crianças em situação de doença e com os pais, e a perceção que fomos construindo sobre as emoções que estavam presentes em situações de doença grave, doença terminal ou em fim de vida esteve na base da opção por este estudo.

A nossa perceção empírica de que a morte implica sofrimento e as emoções em todos os seres humanos, inclusive nos profissionais de saúde e a nossa constatação de que apesar da nossa prática profissional de mais de três décadas continuávamos a manifestar algum desconforto e a ter dificuldade em controlar as nossas emoções perante uma situação de uma criança em sofrimento e/ou fim de vida, aguçou a nossa curiosidade e o nosso interesse para tentar perceber se com a idade e com o aumento dos anos de desempenho profissional os enfermeiros experienciavam e manifestavam de forma diferente as suas emoções ou tinham tendência a reprimir as suas manifestações de pesar e a comportarem-se como uns seres frios e insensíveis dado que é essa a imagem que passa para o público em geral de que enfermeiros mais velhos são duros e insensíveis contrariamente aos enfermeiros principiantes que são jovens meigos e sensíveis.

Mobilizou-nos, ainda, o interesse de através desta formação poder, no futuro, colaborar com outros profissionais, nomeadamente médicos, psicólogos, assistentes sociais em projetos desenvolvidos na área da saúde infantil e mais especificamente na área dos cuidados paliativos em pediatria e na área da formação em serviço com a realização de ações de formação com o objetivo de ajudar os enfermeiros a ultrapassar mais facilmente estas situações e a prestarem cuidados de enfermagem de excelência.

Assim sendo foi no quadro destas ideias e dos objetivos gerais do mestrado em cuidados paliativos que nasceu o interesse de realizar este estudo, cuja justificação e estrutura se apresenta ao longo desta introdução.

1.1 - Justificação do tema e propósito do estudo

A morte é um acontecimento da vida dos seres vivos que sempre nos despertou um misto de sentimentos de medo e de respeito pelo facto de ser uma caminhada para o desconhecido. A morte é o maior mistério da vida, o que mais nos faz pensar no sentido da nossa existência.

Quando pensamos na morte no aspeto biológico e racional, torna-se relativamente fácil diagnosticá-la como um acontecimento quotidiano, que constitui o ciclo da vida: nascer, crescer, envelhecer e morrer. Quando a morte acontece, envolve um forte contexto emocional, ao representar a quebra de um vínculo com alguém que se ama. É também um momento de síntese em que se contata uma reflexão sobre vários aspetos do próprio e da vida dos conviventes (Kovács, 2002a).

A morte é um fato inevitável, mas a sua ocorrência numa fase precoce, ou seja, nos primeiros anos de vida de uma pessoa, implica dificuldades de compreensão e aceitação. Lidar com a morte por si só é uma questão difícil, na realidade a situação piora drasticamente, quando quem tem a vida em risco é uma criança, isto porque a morte é considerada um evento natural numa idade avançada. A morte de uma criança é uma situação impensável na ótica da família, pois o natural seria que os pais morressem antes das crianças na perspetiva do ciclo vital (Bouso cit. por Poles *et al.*, 2004b).

O aparecimento de uma doença grave é espectável e aceite no fim da vida adulta, quando já foram atingidos objetivos e as expectativas em relação ao futuro já comportam a morte como um acontecimento normal e universal. Quando uma doença grave incapacitante ou fatal ocorre mais cedo, está fora do contexto, tanto em termos cronológicos como sociais (Rolland cit. por Poles *et al.*, 2004c).

Na ótica dos profissionais de saúde a morte é vista como um fracasso, pois, o seu objetivo, é a melhora do doente em direção à saúde e não o contrário. Assim, se o profissional não consegue alcançar o seu objetivo ou, mais especificamente, se o doente morre, a atuação pode ser considerada um fracasso pelo próprio e pelos outros (Kovács, 2002b).

Assim, os enfermeiros estão expostos a dois tipos de angústia na confrontação com a morte: a fantasia da própria morte e da morte dos outros. No caso das crianças a

situação agrava-se dado que não é difícil o estabelecimento de ligações afetivas pela sua própria condição de seres frágeis, indefesos e cuja morte não é espetável (Thomas *et al.* cit. por Poles *et al.*, 2004d).

O confronto com a morte despoleta, frequentemente, emoções que podem ser de culpa e impotência, que levam o enfermeiro a evitar um contato próximo com o doente e família, escudando-se em intensas atividades e preciosismos técnicos. Assim por esse motivo o estudo das emoções e a sua expressão revelam-se da maior importância na área da saúde e especialmente na vivência da morte (Mendes *et al.* cit. por Poles *et al.*, 2004e).

Quando a criança é o nosso foco de atenção, o tema torna-se ainda mais conflituoso e marcante uma vez que, como já focamos, a sua morte contraria o desenvolvimento de todo o ciclo vital, que pressupõe que todos nascemos, crescemos, nos tornamos adultos e morremos.

Nas últimas décadas surgiram vários estudos no campo das ciências sociais que abordaram temáticas relacionadas com as emoções como forma de explicar comportamentos humanos. Destes estudos emerge a constatação da impossibilidade de se separar a racionalidade das emoções, uma vez que a ausência destas altera as decisões supostamente racionais (Damásio, 1995a). Na realidade é impossível separar a racionalidade das emoções, sendo que são estas que fundamentam o sentido da eficácia das decisões, a partir do controlo dessa emocionalidade (Goleman, 1999a).

Quem trabalha em pediatria, lida com crianças prematuras, pós-cirurgias graves, com síndromes polimalformativas, politraumatizadas, com doenças infetocontagiosas, tristes, chorosas, sedadas, sofrendo vários tipos de procedimentos médicos e de enfermagem e, principalmente, com risco de morte. Esse tipo de situação, apesar de rotineira, desperta nos enfermeiros, muitas vezes, sentimentos de angústia, dor, aflição e *stress*.

Nos serviços onde são prestados cuidados a crianças o clima é diferente e sempre que se verifica uma situação grave potencialmente fatal o ambiente torna-se tenso, desconfortante. Nestas situações sente-se que toda a equipa trabalha de uma maneira diferente, os profissionais parecem distantes, angustiados, pensativos, stressados, calados ou verbalizando demais, ou simplesmente tristes. Assistimos a situações em que estes profissionais sentem necessidade de comunicar com os seus familiares que se encontram mais distantes ou com os familiares com idade aproximada ao da criança a quem estão a prestar cuidados.

Creemos que esse clima ocorre por um motivo maior, que é o sentimento de medo da morte, que também é o sentimento que mais nos inquieta. Esse medo é encoberto pelo modelo biomédico predominante. O medo da morte é “...como fragmentado em vários medos: medo do processo de morrer; de enfrentar a dor, a angústia, o desconforto, a solidão, a impotência e a decrepitude; o medo dos mortos, do cadáver e dos seus haveres, da estranheza que agora ele representa, como a máxima alteridade; medo da decomposição, da desagregação, da perda de autonomia; medo da morte de pessoas queridas, cujo abandono nos parece insuportável; medo da morte prematura, violenta ou repentina, para a qual ‘não estamos preparados’; medo do desconhecido, de enfrentar o ‘depois’...” (Rezende cit. por Pereira, 2013:16a).

Dado que o enfermeiro é um elemento chave na equipa multidisciplinar, que para além de cuidador tem a missão de apoiar no processo de morte e morrer quer as crianças quer os pais ou cuidadores, ele tem que adotar mecanismos e formas para lidar com a situação que lhe permitam ultrapassar “os medos” com o prejuízo menor para si, para os que o rodeiam e para aqueles que continuam a ter necessidade dos seus cuidados e o enfermeiro tem que continuar a prestar cuidados de qualidade aos “seus” utentes.

O modo de lidar com situações de *stress* tem sido definido de diferentes maneiras pelos investigadores; várias correntes focalizaram aspetos cognitivos e de personalidade, outras salientam aspetos comportamentais. Antonovsky propõe uma característica pessoal, o sentido de coerência (SOC) como elemento influenciador das estratégias usadas face aos acontecimentos originadores de *stress*, tanto a nível da saúde física como mental (Saboga Nunes, 1999d).

Tendo em conta a nossa vivência profissional como enfermeiro, que enfrenta situações que incluem os cuidados a crianças em fim de vida, e a consciencialização de que daí podem advir as mais diversificadas emoções levanta a seguinte questão:

“Qual a relação entre as emoções perante a morte e o sentido interno de coerência dos enfermeiros prestadores de cuidados a crianças?”

Esta questão conduz-nos à exploração da área de estudo, em que traçamos o seguinte objetivo geral:

- Analisar a relação entre as emoções perante a morte e o sentido interno de coerência dos enfermeiros prestadores de cuidados a crianças

Como objetivos específicos definimos:

- Identificar as emoções perante a morte de enfermeiros prestadores de cuidados a crianças;
- Avaliar o SOC dos enfermeiros prestadores de cuidados a crianças;
- Avaliar as relações entre as emoções perante a morte e o sentido de coerência dos enfermeiros prestadores de cuidados a crianças.

Com este estudo pretendemos aumentar o conhecimento sobre a prestação de cuidados de enfermagem e fatores que os influenciam aquando da prestação de cuidados à criança em fim de vida permitindo uma reflexão a respeito das emoções dos enfermeiros e apresentar recomendações quer para o apoio aos enfermeiros, quer para melhoria das práticas clínicas à criança e família em fim de vida, possibilitando-lhes morrer com dignidade.

1.2 - Organização do Trabalho

A organização deste estudo é feita em quatro capítulos.

O primeiro capítulo decorre da revisão da literatura, que foi efetuada de forma a determinar o “estado da arte” sendo feito o enquadramento teórico do objeto de investigação. Este capítulo tem como objetivo: aprofundar conhecimentos sobre morte, emoções e sentido de coerência.

No segundo capítulo é colocada uma hipótese de trabalho de modo a clarificar os objetivos da dissertação e tem como objetivo explicitar os objetivos e a questão orientadora da investigação.

No terceiro capítulo é explanada a metodologia de investigação, sendo nossos objetivos: sustentar o paradigma quantitativo da investigação e técnicas de recolha e de análise da informação.

O quarto capítulo é relativo aos resultados, onde são apresentados os dados recolhidos e procedemos à sua análise e tratamento com o apoio do programa informático de tratamento estatístico versão 20.0, *Statistical Package for the Social Science (SPSS)*, com o objetivo de caracterizar os sujeitos participantes do estudo, apresentar os resultados do estudo.

No quinto capítulo é apresentada a discussão dos resultados e tem como objetivo encontrar sentido para os resultados encontrados, articulá-los com os resultados de

outros estudos e propor estratégias que permitam usufruir destes resultados em prol dos enfermeiros da instituição onde este estudo foi realizado.

Finalmente apresentamos as principais conclusões.

2- A MORTE

De forma geral todos os seres vivos, têm no seu horizonte a morte, sendo o homem o único que tem consciência da sua própria morte, porque é o único dotado de capacidades que lhe permita ter essa percepção (Ruffié cit. por Campelos, 2006a), daí ser o único que crê na sobrevivência ou no renascimento dos mortos (Morin cit. por Campelos, 2006b).

Refletir sobre a morte numa perspetiva de enfermagem significa dedicar uma atenção muito especial ao que pensam, sentem e vivem os enfermeiros perante a morte de alguém. Se esta perspetiva por si só já é assustadora o que pensam/sentem os enfermeiros quando o seu doente é uma criança?

Efetivamente a morte é um tema controverso que suscita nos enfermeiros emoções, e atitudes diversas. Embora faça parte do ciclo natural da vida, a morte é, ainda, nos dias de hoje, um assunto polémico, por vezes evitado e por muitos incompreendido, gerando medo e ansiedade. Por definição a enfermagem tem nos seus ideais o compromisso com a vida, pelo que lidar com a morte pode tornar-se um acontecimento difícil e penoso.

2.1- A morte em diferentes contextos

Definir o conceito de morte não é tarefa fácil, pois este é muito diversificado. “Sabemos que a palavra deriva do latim, mais precisamente da palavra *morrere* que significa perder a vida, falecer, morrer, expirar, perecer. Outros significados lhe são atribuídos em sentido figurado tais como: apagar, bater a bota, bater a caçoleta, descansar, desaparecer, descer à terra, dizer adeus ao mundo, embarcar, entregar a alma a Deus (...)” (Campelos, 2006:9c).

“O percurso do conceito da morte tem evoluído ao longo dos tempos, tendo todos eles a preocupação de desmistificar esta etapa do ciclo de vida. Embora a morte seja única e vivida pela própria pessoa que morre, a sua imaginação opõem-se à noção que temos da vida” (Campos, 2010:7a).

De acordo com dicionário da língua portuguesa da Porto editora a morte pode ser definida como ato ou efeito de morrer o desaparecimento gradual, o fim, interrupção definitiva da vida; termo da existência extinção total, destruição. No âmbito da medicina define-se como a cessação das funções vitais.

Morte “é o ato final da vida, sendo a morte o que marca o final da vida sobre a terra, da mesma forma que o nascimento marca o seu início (...)” (Roper *et al.* cit. por Campos, 2010:7b).

Conforme a perspectiva, a morte assume diferentes significados. “A morte pode ser encarada sob uma perspectiva filosófica pois a morte realiza e concretiza todo o esforço da vida do filósofo. A alma liberta pode contemplar ideias, o verdadeiro ser. Para a tradição judaico-cristã a morte é considerada uma passagem para um estado diferente. A vida, o sofrimento, a doença e a morte são locais de passagem, tempo de provações. Na tradição Budista a morte não é o fim da vida, mas sim o fim de uma ilusão, o fim de libertação de um sofrimento, do encadeamento das causas e dos efeitos.” (Carreiras *et al.* cit. por Campos, 2010:7c).

Independentemente do contexto, religioso ou não, em que a temática da morte é abordada nota-se um constrangimento, os sentimentos são reprimidos, os velórios passaram para as igrejas, as cerimónias são abreviadas e as pessoas evitam manifestações de pesar pois estas são socialmente reprovadas.

Recorremos aos eufemismos, fazemos com que o morto pareça adormecido, resguardamos as crianças, promovemos longas discussões sobre a verdade a que o doente tem direito. “...Hoje em dia, morrer é triste demais sob vários aspetos, sobretudo é mais solitário, muito mecânico e desumano. Às vezes, é até mesmo difícil determinar tecnicamente a hora exata em que se deu a morte. Morrer é um ato solitário e impessoal porque o doente é removido do seu ambiente familiar e levado à pressa para o hospital” (Kubler-Ross, 1996: 19-20).

Na realidade a maioria das mortes ocorre nos hospitais, sendo nesse lugar que se percebe a sua dissimulação por parte de toda a equipa pois os profissionais evitam o termo “morte”, isolam a pessoa que está em fase terminal, evitam abordar o tema com o doente e a família com o recurso a frases como “tenha calma, entretanto vai ficar melhor” quando na realidade o desfecho esperado não é esse.

Temos dificuldade em aceitar o facto de a morte ser o evento final da vida pelo que implica, incondicionalmente, reações emocionais no indivíduo que está a morrer, na família ou nos profissionais, pelo que não pode ser considerada apenas um fato biológico, mas sim um processo de relações culturais, independentemente das causas ou formas, e que atualmente tem relação direta com hospitais e instituições de saúde e implicações importante nas vivências de todos os que lá trabalham (Brêtas *et al.*, 2006a).

É uma constatação inegável que a atual era tecnológica que permite o prolongamento da vida a doentes terminais, implica o treino dos profissionais de saúde para a sua utilização, no entanto, não os prepara para o apoio emocional ao doente e família no processo de morte/morrer. Este facto dificulta a aceitação da perda de um doente por parte do profissional (Silva *et al.*, 2003).

Os profissionais de saúde manifestam sentimentos de impotência perante a perda de um doente. Apesar de a morte fazer parte do quotidiano, esta desperta sentimentos de medo, devido à dificuldade de aceitação do ciclo biológico de nascer *versus* morrer. Para os profissionais a morte de um doente apresenta-se como a tradução do fracasso dos cuidados e a derrota perante a morte, representa a falha na sua missão de minimizar o sofrimento e a dor e de salvar o doente (Poles *et al.*, 2006a).

A incapacidade de vencer a morte implica a perceção dos limites humanos no que diz respeito à cura ou ao prolongamento da vida, o que causa sofrimento (Steytler cit. por Kovács, 2011a).

Para entender a morte, os profissionais deveriam entender o sentido da vida. A maioria das pessoas na sociedade atual associa a morte à velhice, como se fosse lógico que esta ocorresse apenas numa fase avançada do ciclo vital. A vivência da prática hospitalar retrata outra realidade, os profissionais depararam-se inevitavelmente com a realidade da morte em todas as fases da vida (Kovács, 2010).

Tal com já foi referido anteriormente, na nossa sociedade é exigido que o luto seja vivido de uma forma silenciosa, sem manifestações exteriores de pesar devido aos valores e dogmas ocidentais. O profissional de saúde não escapa a esta situação sendo colocado numa posição tão vulnerável quanto as outras pessoas, na realidade estar de luto é assumir a derrota, o fracasso, a perda. Este é um processo moroso e difícil que exige uma adaptação, pautada pela aceitação e desvinculação da situação, este processo é complicado e demorado e implica saber lidar com as emoções (Costa *et al.*, 2005a).

Sem dúvida que o prolongamento da vida e o avanço da técnica implicaram uma nova vivência dos processos de morrer por parte dos familiares e dos profissionais de saúde, o que faz surgir um paradoxo: por um lado, a necessidade de ocultar, de escamotear a morte, e, por outro, a necessidade de partilhar para dar espaço à verbalização das emoções, no entanto a morte nem sempre foi vista assim ao longo da história.

2.1.1- Perspetiva histórica da morte

É importante retroceder no tempo e perceber a forma como a morte era encarada e a sua evolução ao longo das décadas. Facilmente nos apercebemos que o carácter cerimonial da morte tem vindo a desvanecer-se. “Na idade média considerava-se essencial que o fim da existência tivesse o carácter de um ato público, onde não podiam faltar familiares e amigos (...). Nas civilizações industrializadas dos nossos dias, a morte é afastada dos meios familiares e ocorre na maioria dos casos em contexto hospitalar ou lar de idosos” (Oliveira cit. por Campos, 2010:10d).

As atitudes perante a morte sofreram uma evolução sendo denominadas como “morte domesticada” na Idade Média e “morte proibida” na Idade Moderna (Ariés cit. por Campelos, 2006:4d).

De facto, no início da Idade Média, havia uma familiaridade com a morte que envolvia toda a comunidade. Tal como se nascia em público, morria-se em público. Ao pressentir a morte, o moribundo recolhia-se juntos dos familiares, amigos e vizinhos cumprindo o ritual de pedir perdão pelas suas culpas, de legar os seus bens, enquanto esperava a morte chegar. Os ritos de morte eram aceites e cumpridos sem expressões dramáticas ou demonstrações de emoções excessivas. Nesta época os defuntos eram enterrados nos adros das igrejas que também eram palco de festas populares e feiras, ficando a ideia de que mortos e vivos coexistiam no mesmo espaço (Ariés cit. por Campelos, 2006e).

Esta situação sofreu um revês por volta do século XIII, quando foram proibidos jogos, danças e feiras nos cemitérios, pois a proximidade entre vivos e mortos tornou-se incómoda. As sepulturas que até então eram anónimas passaram a ser identificadas por inscrições e retratos, tendo-se desenvolvido a arte funerária (Campelos, 2006f). A partir desta era a morte passa a ser interpretada como um drama, é acompanhada de choro denotando-se assim uma atitude de fuga da própria morte. O papel principal deixa de ser assumido pelo morto e passa a ser representado pela família, o luto passa a ter manifestações exageradas e os mortos são afastados dos vivos e passam a ser enterrados nos cemitérios (Ariés cit. por Campelos, 2006g).

Constatou-se ainda que até então, na França Meridional e em Itália, os mortos eram transportados diretamente nos sarcófagos de pedra, onde iriam ser enterrados com o rosto a descoberto, e a partir desta época o rosto passa a ser ocultado aos olhares, com o recurso a uma mortalha, ou a um caixão de madeira ou chumbo. O caixão era fechado e coberto por um *pallium* e por um patíbulo de madeira, que após o séc. XVII é

designado cadafalso. A situação alterou-se novamente no século XVIII, com o domínio da morte do outro, chorada e dramatizada, sendo associada a rutura brutal com a vida, coisa impensável e interdita (Ariés cit. por Campos, 2010e).

A partir da II guerra mundial, ocorre a maior mudança na forma como é encarada a morte pois esta passa a ocorrer no hospital, sendo o acompanhamento assegurado pela equipa hospitalar em detrimento da família. Nas sociedades industrializadas, as romarias ao cemitério foram desvalorizadas sendo incrementada a importância da incineração, com o objetivo de esquecer o corpo. A morte é camuflada com o recurso a maquilhagens e roupas usadas para embelezar os mortos e com a abolição do luto. Na atualidade verifica-se uma alteração na crença da vida após a morte, e do alívio do sofrimento e da dor por parte uma entidade divina. Nos nossos dias já muito poucas pessoas acreditam na vida após a morte (Pereira, 2006).

Como referimos assistiu-se durante milénios à supremacia da morte, com cada pessoa a assumir-se como dona da sua própria morte, antevendo a sua aproximação. Atualmente assiste-se ao prolongamento da vida nos hospitais, sendo essa responsabilidade assumida pelos profissionais de saúde.

A transferência da morte para os hospitais é fruto de uma sociedade que se encontra direcionada para o progresso científico e tecnológico em busca de vida eterna. Na nossa sociedade assiste-se à negação e rejeição da morte como parte da vida e à alteração dos ritos mortuários adaptando-os ao modo de vida atual no qual a morte não tem espaço. A morte é afastada de casa e da família. Os sinais da morte são afastados dos lugares de afeto e de convívio da família e passam para o hospital, um lugar impessoal e longínquo (Rezende cit. por Pereira, 2013b).

Na realidade com o avanço da tecnologia na área da medicina os profissionais preocupam-se com a manutenção da vida, tendo que se preocupar com ponteiros e luzes que monitorizam as funções vitais dos doentes pelo que a partilha de sentimentos e emoções não são prioridades ante a batalha contra a morte (Kovács, 2011b).

O fenómeno da morte acompanha-nos ao longo do ciclo vital e foi objeto de reflexão ao longo dos tempos. Sendo atual, tem sido abordado e estudado por disciplinas como a teologia, a literatura, a filosofia, a religião, a medicina, a enfermagem, a antropologia, a sociologia ou a psicologia.

2.1.2- A morte na idade pediátrica

Com o alargamento da idade pediátrica em termos hospitalares (0-18 anos) verifica-se que há um número crescente de doentes em idade pediátrica com patologias crónicas graves e doenças em fase avançada, pelo que a problemática da morte neste como em outros contextos é frequente.

Conforme a idade as causas de morte na idade pediátrica vão-se alterando. Assim a mortalidade neonatal é influenciada, sobretudo, por causas “endógenas” como problemas hereditários, anomalias congénitas e pela prematuridade. A qualidade de cuidados pré-natais e perinatais, são um fator que contribui para a diminuição da taxa de mortalidade nesta faixa etária. Também as boas práticas em técnicas de procriação medicamente assistida são determinantes para diminuir o risco de gravidezes múltiplas iatrogénicas muitas vezes associadas ao baixo-peso das crianças que morrem neste período. Em 2009, de entre as 245 mortes neonatais, 140 tinham menos de 1600 gramas e 38 tinham peso inferior a 600 gramas (George, 2011a).

Constata-se que no mundo, anualmente, nascem 20 milhões de crianças prematuramente. A prematuridade é algo preocupante não só pela taxa de mortalidade (75% das mortes neonatais ocorrem em bebés prematuros) mas também pela qualidade de vida. Apesar dos avanços na área de neonatologia permitirem a sobrevivência de bebés cujo peso ao nascer ronda as 500-600g, as sequelas devido a extrema prematuridade podem ser graves e penosas quer para o bebé quer para a família (Andreani *et al.*, 2006).

Nesta fase a problemática da morte colide com os sentimentos de incerteza relativamente ao futuro pois se por um lado estão as expectativas dos pais que esperaram durante o tempo em que decorreu a gravidez por outro encontra-se um futuro com sequelas e múltiplas recorrências aos cuidados de saúde. “Na realidade este é um problema complexo e multifacetado, porque se por um lado os pais se deparam com um filho que necessita de cuidados especiais em meio hospitalar, por outro é sempre um turbilhão de incertezas sobre a sobrevivência do filho, as sequelas, as intervenções médicas, o tempo de permanência na unidade hospitalar, o que torna a experiência bastante difícil e dolorosa para os pais e para os profissionais “ (Canavarro cit. por Campos, 2010:9f).

A mortalidade pós-neonatal está mais relacionada com as condições “exógenas”, gerais de desenvolvimento social e económico, infraestruturas de saneamento do meio ambiente, acesso aos cuidados de saúde infantil, instrução da mãe, etc. As suas causas

são, frequentemente, infeções, problemas nutricionais, acidentes, traumatismos, etc. (George, 2011b).

“O padrão de mortes causadas por ferimentos não intencionais, nomeadamente acidentes de carro, afogamento e queimaduras, é consistente nas sociedades ocidentais” (Hockenberry *et al.* cit. por Campos, 2010:9g). A eficácia das campanhas de prevenção que aconselham o uso de acessórios de segurança resulta numa redução significativa destas ocorrências. Segundo o INE em 2013 para uma taxa bruta de mortalidade de 10,2% registou-se uma taxa de mortalidade infantil de 2,9%. Estes dados contrastam com os de 1961 em que para uma taxa bruta de mortalidade de 11,2% se verificou uma taxa de mortalidade infantil de 88,8% ou mais recentemente no ano 2000 em que para uma taxa bruta de mortalidade de 10,2% se registou uma taxa de mortalidade infantil de 5,5%.

Outra doença da era atual e o cancro, que é raro na criança, mas que no entanto é a principal causa de morte, não accidental, após o primeiro ano de vida (Gráfico 1).

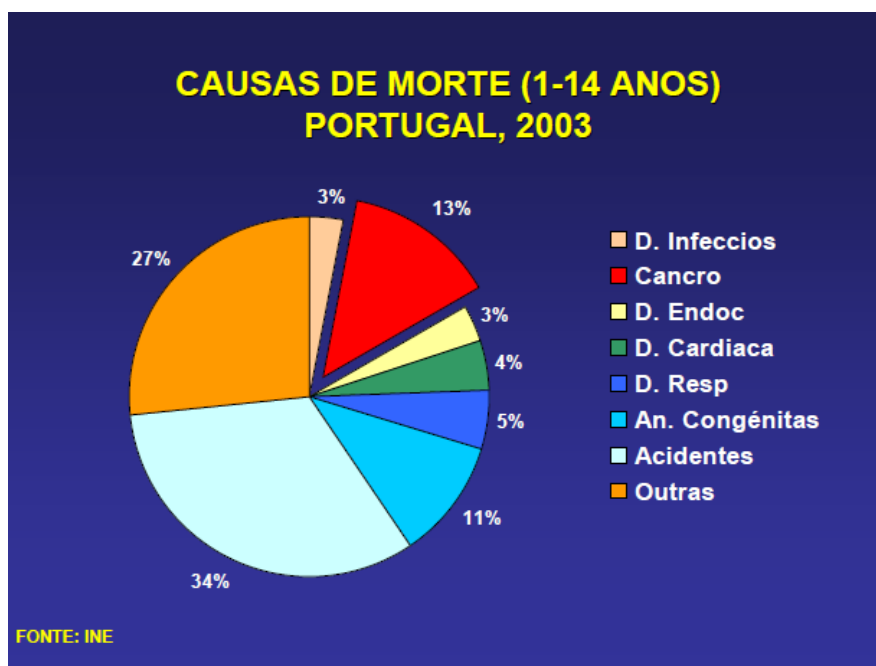


Gráfico 1 – Causas de Morte (1-14 Anos) em Portugal. Fonte: INE, 2003

O diagnóstico do cancro na idade pediátrica tem um enorme impacto familiar e social. O temor e o dramatismo associados a esta doença aumentam exponencialmente dado que a esperança de vida é significativamente mais elevada nesta fase da vida. O cancro é causa de desestruturação familiar e perturbação na atividade profissional de todos os familiares mas especialmente dos pais (Norton *et al.*, 2007).

Os profissionais de saúde, confrontando-se diariamente com as situações de sofrimento, necessitam de cuidar das crianças e famílias, de forma a ajudarem perante as situações de perda eminente.

O acompanhamento da criança e família em fim de vida implica preparação específica dos enfermeiros. Estes profissionais precisam entender que a morte não é o oposto da vida mas que são situações que se sucedem sendo ambas etapas da vida.

2.1.3- A morte e os profissionais de saúde

A morte acarreta sentimentos de dor e a solidão. O sentimento de vazio atinge os conviventes e familiares do falecido, e também a sociedade de que fez parte ao longo de sua vida. (Palu *et al.*, 2004a).

Na realidade as atitudes e a visão da morte sofreram mutações ao longo dos tempos, tal como a cultura social, a religião, a ciência e a tecnologia. No século XX a morte passou a ocorrer no hospital, o que implica um maior envolvimento dos profissionais de saúde e muito especialmente dos enfermeiros.

A morte deixa assim de ser vista como um fenómeno natural, e passa a ser encarada pelos profissionais de saúde como fracasso profissional, dado que os doentes em fim de vida não cumprem os objetivos dos hospitais, onde a ênfase é colocada na cura e na vida (Boemer *et al.*, 2000).

Tendo em conta o ciclo vital a morte é inesperada nos jovens e previsível, esperada nos idosos. A morte gera sentimentos de tristeza em qualquer idade mas de um modo geral esta é sentida e vivida de forma diferente de acordo com a idade do doente (Pacheco, 2006a).

O enfermeiro é o profissional que tem um relacionamento mais próximo com o doente e família dado que presta cuidados diretos e permanentes ao longo do dia. Por inerência do seu papel dentro da equipa multidisciplinar o enfermeiro assume o acompanhamento do doente e família durante o processo de fim de vida (Pacheco, 2006b).

Na realidade os enfermeiros, durante a prestação de cuidados, vêem-se frequentemente confrontados com a morte e têm reações diferenciadas dado que para além de profissionais são pessoas inseridas e influenciadas pelo seu contexto sociocultural e profissional.

Para Pacheco (2006:31c) refletir sobre a morte significa “dedicar atenção especial ao que pensam, sentem e vivem os enfermeiros perante a morte”.

A discussão do tema morte ou morrer entre a equipe multidisciplinar é de extrema importância pois, a morte acompanha o ser humano no seu ciclo vital. Apesar de esta fazer parte do desenvolvimento do indivíduo, deixa marcas profundas (Kovács, 2005a).

A morte faz parte do quotidiano dos profissionais de saúde. Estes estão diariamente expostos a situações contraditórias sendo que a mais complexa é sem dúvida a que está relacionada com a morte (Palu *et al.*, 2004b).

O fato do enfermeiro negar a morte é uma forma de não estar em contato com experiências que causam dor e frustração em contexto profissional. Essa negação faz com que o enfermeiro viva num mundo de ilusão e imortalidade que lhe permite realizar os seus projetos e sonhos (Kovács, 2005b).

Apesar perceberem a morte como um alívio para o sofrimento do doente os enfermeiros tendem a negá-la, pois enfatizam nos seus cuidados a manutenção da vida (Palu *et al.*, 2004c).

A visão da morte como um fracasso, vem da própria formação académica do enfermeiro onde os temas relacionados com a morte têm pouca relevância. O afastamento da morte é necessário, pois deste modo o enfermeiro evitará prejuízos emocionais e psicológicos.

A enfermagem está associada ao ato de cuidar pelo que cuidar de uma pessoa em fim de vida ou que já morreu é uma tarefa extremamente difícil (Palu *et al.*, 2004d).

O enfermeiro vê-se frequentemente confrontado com o conflito de como enfrentar a dor, o sofrimento e a angústia, e a sua necessidade de a esconder pois de acordo com a sua formação deve manter uma postura austera mesmo perante a morte de doentes com os quais estabeleceu vínculos mais intensos. Frequentemente os enfermeiros ouvem frases do tipo “não chore”, “você não pode chorar”, e nem tão pouco demonstrar sentimentos perante o doente, (Brêtas *et al.*, 2006b), o que pode tornar o cuidado pouco humanizado.

Numa situação de fim de vida o enfermeiro mobiliza as suas forças para apoiar a família, e acaba por se esquecer das suas próprias fraquezas e dificuldades de compreender os sentimentos envolvidos. Deste facto deriva a necessidade de trabalhar os aspetos emocionais e psicológicos do enfermeiro, pois a morte é uma realidade constante no seu dia-dia (Benincá, 2002).

Na realidade os enfermeiros pretendem prestar cuidados de excelência ao doente terminal e à sua família, porém a maioria dos profissionais tem dificuldade de abordar as questões inerentes a esta fase da vida. O enfermeiro deve ouvir, esclarecer e

acompanhar decisões éticas, atuando de modo favorável para que haja um tratamento de qualidade. Quando há interação entre o doente, a família e o enfermeiro, a capacidade de compreensão aumenta o que faz com que aumente o grau de satisfação de todos os intervenientes. Neste âmbito a comunicação verbal e não-verbal e desempenham uma função importante (Costa *et al.*, 2008).

Com o intuito de colmatar a falha da formação académica na área do fim de vida, é preciso intervir no âmbito da formação em serviço e preparar os profissionais para lidarem com a morte, não apenas tecnicamente, mas emocionalmente, embora se saiba que será sempre difícil viver este momento, pois sob o ponto de vista profissional, pessoal, cultural, não é possível alterar os sentimentos presentes no momento de perda de um ser humano (Cruz *et al.*, 2000).

Os mecanismos de projeção e empatia envolvidos no ato de cuidar implicam que não seja fácil trabalhar com a morte, com o sofrimento do outro e essa experiência parece ser ainda mais difícil e vista como inesperada quando o doente é jovem ou da mesma idade dos filhos ou parentes próximos do profissional (Atkinson *et al.*, 1989).

A formação em enfermagem só recentemente iniciou a formação específica na área dos cuidados em fim de vida, pelo que com esta formação os profissionais saúde são melhor preparados para o evento da vida e para a gestão de sentimentos inerentes à perda e ao sofrimento.

No que diz respeito à morte infantil, a demonstração emocional é mais exacerbada pois para além de todos os sentimentos presentes em outras situações de morte, neste caso estão também implicados sentimentos de frustração pelo não-uso do tempo que seria possível aproveitar (Rezende cit. por Pereira, 2013c). Ao deparar-se com a morte de uma criança, o enfermeiro sofre muito, e sente-se impotente (Gutierrez *et al.*, 2006a).

Tal como o doente e família também os enfermeiros são submetidos a experiências relacionadas com a morte e o pesar, e tal como os primeiros também estes têm necessidade de expressar o seu pesar e a sua dor (Fernandes *et al.*, 2006a).

Quando os enfermeiros conseguirem vencer ou enfrentar os seus medos em relação à morte, passarão a ter condições de cuidar dos doentes terminais e dos seus familiares sem gerar angústias e/ou tensões que envolvam o profissional e todos os envolvidos neste processo (Bernieri *et al.*, 2007).

A tristeza dos familiares e do doente afeta os enfermeiros, que se sentem incapazes de fazer mais e ainda pelo facto de se terem criado laços de afetividade. A alegria e o prazer são momentos raros nestas situações sendo insuficientes para

compensar vivências emocionais cheias de repulsa, vergonha, cólera, medo ou tristeza (Mercadier, 2004a).

Em pediatria a morte de uma criança é um momento marcante, é uma situação que provoca sentimentos de impotência, frustração, tristeza, dor e angústia na equipa de enfermagem. A criança e o adolescente precisam de morrer bem, ou seja, devem morrer sem dor, acompanhados das pessoas que amam, dando um sentido à sua existência até ao fim, recebendo o acompanhamento adequado. Em todo este processo a família também deve ter um acompanhamento diferenciado pois os seus sentimentos estão impregnados de incompreensão e revolta (Lopes *et al.*, 1999a).

Os profissionais de saúde devem preparar os pais para que compreendam a morte esperada, ou inesperada. Deve ser dada aos pais a oportunidade de ver, tocar, segurar, acariciar, examinar e falar com o seu bebé a sós depois da morte como método de resolução do luto (Whaley *et al.*, 1989)

Ao partilhar a morte de uma criança, o enfermeiro passa a fazer parte do processo vivenciado pela criança e família, a sua participação pode ser íntima, em que se sente acolhido pela família e existe um consolo recíproco, ou pode ser uma participação puramente física e distante quando se tenta proteger e afastar por não se sentir preparado para enfrentar a situação e por temer a reação da família (Poles *et al.*, 2006b).

Os enfermeiros têm que preparados para cuidar destas crianças e da família pois é preciso compreender os sentimentos que os acompanham e atendê-los de acordo com as suas necessidades durante o processo de fim da vida da criança (Costa *et al.*, 2005b). Conforme refere Ferreira, citado por Pereira (2013:50d) “ é importante dar tempo ao tempo aos pais para que estes se possam reajustar e reequilibrar face a esta situação, permitindo-lhes dar seguimento à sua vida”.

Os profissionais de enfermagem reconhecem que no seu dia-a-dia há doentes especiais com os quais criam uma relação diferenciada e singular estando as crianças incluídas neste grupo. A morte de uma criança pode desencadear no profissional um processo de luto, idêntico ao desencadeado perante a morte de um familiar sendo assim ultrapassado o âmbito meramente profissional da prestação de cuidados (Costa *et al.*, 2005c).

Na realidade a morte da criança é encarada como uma grande injustiça e desencadeia especificidades emocionais, quer para a família quer para os enfermeiros, pois é interpretada como a interrupção do período biológico de um ser que tinha ainda

muito para viver, e isso promove nos profissionais de enfermagem sentimentos de incapacidade, frustração, tristeza, dor, sofrimento e angústia (Santos *et al.*, 2007a).

O vínculo afetivo estabelecido com as crianças pode assumir a forma de sentimento que quando é interrompido, como na presença da morte, provoca sofrimento e sentimento de perda, no profissional de saúde dado que é interpretado como a interrupção do ciclo biológico. Os sentimentos de angústia, de frustração, de medo e a falta de preparação de alguns enfermeiros para lidar com o processo de morte e morrer são apontados como uma falha da formação académica, que não prepara os profissionais para a rotina dos hospitais, onde a convivência com o sofrimento é uma constante (Costa *et al.*, 2005d).

Na realidade, conforme Gutierrez *et al.* (2006b), constata-se que o enfermeiro ao deparar-se com a morte de uma criança em estado terminal sofre muito, sentindo-se impotente.

Embora a morte e o morrer sejam aspetos inerentes à condição humana, esta realidade é mais difícil de aceitar quando surge na infância. O facto de o profissional ter que admitir a morte de uma criança ou adolescente coloca-o perante um fim prematuro e que contrasta com a esperança de uma vida longa para as crianças.

O facto de o enfermeiro ser o elemento da equipa de saúde que está presente 24 horas por dia faz com que este assuma uma posição privilegiada, sendo este facto reforçado pela evidência de ser este o profissional que presta um maior número de cuidados diretos e que por inerência melhor conhece a criança e a família, assumindo-se assim como o profissional com maior potencial para estabelecer uma relação de ajuda, conhecer as necessidades específicas da criança e família e dar-lhes resposta.

O enfermeiro deve permitir que a criança e família exteriorizem os seus sentimentos e emoções manifestando disponibilidade e atenção o que poderá contribuir para o seu bem estar caso se sintam envolvidos no seu processo.

No decorrer do seu percurso profissional o enfermeiro adquire maturidade que lhe permite atingir um equilíbrio entre as exigências técnicas do seu dia-a-dia e a sensibilidade necessária à prestação de cuidados de excelência. Este percurso é repleto de aspetos negativos como percalços e incompreensões e positivos como a alegria, a satisfação e o sentimento de dever cumprido sempre que o enfermeiro consegue estar presente e manter uma postura atenciosa para com o seu doente e família (Martins, 1996).

A morte é um evento que faz parte da vivência diária do enfermeiro, apesar disso constata-se algumas dificuldades na aceitação e na forma de lidar com esta situação especialmente quando os intervenientes são a criança e a família (Poles *et al.*, 2004f).

Para conseguir ajudar a família e a criança em fase terminal o enfermeiro tem que vencer os seus medos para depois assumir e realizar um trabalho com qualidade. Os cuidados de enfermagem pressupõem uma competência profissional que integra um saber ao nível das ciências psicossociais e uma notória preparação psicológica relativamente à morte (Pimentel cit. por Pereira, 2013e).

O acompanhamento da criança e família em fim de vida implica preparação específica dos enfermeiros. Estes profissionais precisam entender que a morte não é o oposto da vida mas que são situações que se sucedem sendo ambas etapas da vida.

O enfermeiro deve ter conhecimentos sobre as fases do luto, para poder antecipar as necessidades dos pais e família, favorecendo um ambiente sem juízos de valor onde a família possa expressar sentimentos e emoções, tomando decisões baseadas nas suas próprias necessidades. As vivências dos enfermeiros, por vezes, criam barreiras à comunicação e interação.

Segundo Papadatou (cit. por Campos, 2010h) os profissionais de saúde sentem a morte da criança como um fracasso triplo: primeiro porque não tiveram o talento ou habilidade para salvar a vida daquela criança; segundo, como adultos que são, não conseguiram proteger a criança das complicações e atrocidades da sua curta vida; e terceiro, porque sentem que traíram a confiança dos pais que lhes confiaram o seu bem mais precioso.

As atitudes dos enfermeiros em relação à morte não dependem somente da experiência profissional ou de vida mas também da cultura, da religião e mesmo de personalidade. São fruto de uma multiplicidade de fatores que se relacionam com aspetos pessoais, educacionais e socioeconómicos. A morte poderá ser encarada como um castigo, alívio, injustiça, sono eterno, sendo para outros misteriosa ou aterradora. São identificados alguns fatores que influenciam a forma como a morte é encarada ou abordada, nomeadamente a religiosidade do indivíduo, os hábitos e crenças, o ritmo de vida e horário de trabalho, a experiência ou contacto anterior com doentes que caminham para a morte e o serviço em que trabalham (Fontes *et al.* cit. por Campos, 2010i).

Se, por um lado, a enfermagem tem a finalidade de contemplar os indivíduos com uma assistência holística ao longo do ciclo vital, tendo para isso, conhecimentos técnico

científicos, por outro lado, os profissionais ainda demonstram dificuldades em situações que envolvem a morte. Embora esta seja um acontecimento inevitável não significa que todos reajam da mesma forma, nem mesmo que a aceitem ou a compreendam.

Fontes *et al.* (cit. por Campos, 2010j) referem alguns sentimentos oriundos deste facto, nomeadamente a negação, a culpa e frustração, a racionalização, a depressão, a aceitação, o *stress* e a negação.

Segundo os mesmos autores na fase da negação, o profissional de enfermagem quando aborda o doente foca a sua atenção para conhecimentos de índole profissional e causal, estabelecendo-se um contacto superficial e impessoal. A morte é inaceitável, mantendo-se convicta a negação da mesma para assim evitar a angústia, recorrendo por vezes, a falsas esperanças. Na fase da culpa e frustração, após tomadas todas as medidas para salvar o doente, a agonia vai-se acentuando e o profissional de enfermagem sente-se culpado e frustrado. À medida que se vê confrontado com a realidade da morte dos doentes, vê refletido, deste modo, o espectro da sua própria morte. Existem alguns fatores que contribuem para o desenvolvimento deste sentimento nomeadamente o cansaço do enfermeiro em relação ao doente e família, a omissão ou informações incorretas ao doente e família, inexperiência do enfermeiro, a negligência profissional.

A fase da racionalização é marcada pelo envolvimento emocional. O enfermeiro vê-se confrontado, perante a dor e o desgosto do doente, com a necessidade de ser forte e demonstrar autocontrolo. Esta é a fase das exigências que faz a si próprio uma vez que, ou aceita esta realidade eminente ou entra em *stress*. Na fase da depressão o enfermeiro apresenta sinais de preocupação relativamente à sua própria saúde. Projeta no doente e na sua patologia deixando-se levar pela angústia de também poder vir a sofrer no final da sua própria vida.

Na fase da aceitação, o profissional deixa de apresentar sinais de depressão ou preocupação com a sua própria saúde ou morte física, vendo-se abrangido por uma sensação de liberdade emocional. Esta sensação não significa que se deva manter a distância profissional entre enfermeiro e doente, devendo ser uma fase de reconhecimento por parte dos profissionais de enfermagem do modo de conseguir atuar de forma útil. Na fase de *stress* mesmo que adote mecanismos de defesa, o enfermeiro não aceita a morte e poderá enveredar por uma luta contínua entre os vários recursos que tem para enfrentar o problema e a inadequação dos recursos com a situação com que se depara. O resultado poderá ser um desgaste psicofisiológico que poderá traduzir-se em patologia.

Estas manifestações poderão afetar as suas relações com outros doentes, com outros membros da sua equipa e inclusivamente com a sua própria família. Apoiando-se em diversos estudos Fontes *et al.* (cit. por Campos, 2010k) referem que os fatores emocionais relacionados com a morte e com doenças graves eram os que mais causavam *stress* nos profissionais de enfermagem

Assim é aconselhável que “os que prestam cuidados a identifiquem a parte afetiva que os pode fragilizar e ensiná-los a trabalhar com ela (...). Perante tais situações, o profissional de enfermagem sofre com as mesmas, mas este sofrimento parece ser mascarado pelo cumprimento das rotinas. Estando impotentes para responder ao sofrimento moral dos doentes e culpabilizando-se por esse facto, vão criar estratégias de adaptação conscientes ou inconscientes, denominados mecanismos de defesa.” (SFAP cit. por Campos, 2010:251).

A expressão de sentimentos pode revestir-se de contornos complicados que a transformam numa situação ameaçadora, pelo facto de se tornar incontrollável e de permitir aos profissionais manifestações que não lhe são permitidas no seu papel profissional. Por outro lado verifica-se que os enfermeiros que reprimem os seus sentimentos tornam-se incapazes de permitir aos outros expressar ou explorar os seus próprios sentimentos, pelo que a essência do cuidar em enfermagem falha. “O enfermeiro que ajuda, que é cuidativo permite-se ser ele mesmo, apresenta-se de cara descoberta, sem máscara, sem se tentar esconder atrás do papel que desempenha”. (Carvalho *et al.* cit. por Campos, 2010:28m).

A morte é o acontecimento mais desgastante no quotidiano da vida hospitalar. O enfermeiro constata que o saber-saber e o saber-fazer são insuficientes nessas situações específicas, o que implica sentimentos de frustração e de derrota. Perante esta realidade resta o saber-ser que é essencialmente construído com a experiência do dia-a-dia, fruto da maturidade adquirida no decurso da vida profissional, sendo que nem sempre é fácil conseguir o equilíbrio entre as exigências técnicas e a sensibilidade humana. Surgem, então, questões relacionadas com o receio, a vergonha e a dificuldade em partilhar os sentimentos pela dificuldade em aceitar e integrar a crítica.

Os profissionais demonstram que lidar com a situação de morte é uma situação difícil e dolorosa. A morte provoca sentimento de perda e, ao mesmo tempo, sentimento de conforto, pois, apesar de sentir que a vida está indo, aquele ser irá ficar livre do sofrimento (Carvalho *et al.*, 2006).

Os enfermeiros são mais dispostos a entender da fisiopatologia e nos procedimentos técnicos utilizados na atenção a pacientes graves, descuidando, por conta de sua formação, os aspetos emocionais e psicológicos necessários ao atendimento de pessoas em situação de morte (Fernandes *et al.*, 2006b).

Os enfermeiros apontam várias razões para a sua dificuldade em enfrentar a morte nomeadamente o facto de que, morrer é triste demais, sobretudo por ser isolado, mecânico e desumano (Martins *et al.* cit. por Pereira, 2013f).

A tentativa frustrada de manutenção da vida, através da utilização de recursos tecnológicos, acaba por provocar *stress*, dado que o profissional falhou a sua missão tendo em conta a responsabilidade que assumiu perante a sociedade. A morte é assumida como um momento difícil, embora mascarado pela frieza que é a tradução do sentimento de impotência e stresse. (Fernandes *et al.*, 2006c).

Quando o enfermeiro tiver a verdadeira noção da forma como percebe a morte, é que poderá resolver os seus próprios conflitos em relação à morte, encontrando capacidades e características necessárias para lidar e enfrentar a morte no seu dia-a-dia social e profissional (Gutierrez *et al.*, 2006c).

Os avanços científicos em geral e os da tecnologia médica em particular têm possibilitado o prolongamento da vida. O facto de controlar cada vez mais os processos de cura tem, eventualmente, limitado a sensibilidade dos profissionais para admitir o fracasso do tratamento e implementar medidas de suporte e palição mais compatíveis com cuidados que respeitem a dignidade humana (Rushton cit. por Pereira, 2013g).

No que respeita às crianças, acresce o facto da situação em si ser completamente antinatural, pois das crianças espera-se que cresçam e se desenvolvam saudavelmente. A investigação tem mostrado que os enfermeiros estão pouco preparados para prestar cuidados de qualidade perante situações de fim de vida, particularmente em crianças (Malloy *et al.* cit. por Pereira, 2013h). De entre outras lacunas identificadas, os enfermeiros tendem a utilizar de forma inadequada medidas curativas que prolongam o processo de morte (Wolfe cit. por Pereira, 2013i). Têm treino inadequado para fornecer meios seguros e efetivos de controlo da dor assim como utilizam uma comunicação pobre com a criança e família (Field *et al.* cit. por Pereira, 2013j).

As conclusões de estudos que evidenciam elevados níveis de sofrimento em crianças em fim de vida, assim como dos seus familiares, mobilizaram a atenção para a qualidade dos cuidados em fim de vida fortemente norteadas pelas recomendações

inerentes à integração de cuidados paliativos no tratamento dos pacientes com doenças que ameaçam a vida (AAP *et al.* cit. por Pereira, 2013k).

Os modelos atuais de cuidados paliativos pediátricos parecem orientar-se para uma integração dos mesmos em unidades com fins curativos e desta forma expor as crianças, os adolescentes, suas famílias e profissionais de saúde a um ambiente mais sensível ao reconhecimento das suas necessidades particulares (Golan *et al.* cit. por Pereira, 2013l).

O cenário de diversidade socioprofissional em relação à morte encontra-se presente na atuação dos profissionais de enfermagem o que implica a vivência de um constante desafio, uma vez que diariamente permanecem em conflito, lutando pela vida contra a morte, tomando para si a responsabilidade de salvar, curar ou aliviar, procurando sempre preservar a vida (Magalhães, 2009).

Quando a morte atinge uma criança é encarada como uma grande injustiça e reveste-se de especificidades emocionais, particulares, para família e para os enfermeiros.

A perda de uma criança tem um significado especial para os pais em luto. A morte da criança representa a perda de uma parte deles o que implica sentimentos de vazio e fracasso. Os profissionais de saúde devem respeitar o silêncio e estarem sempre disponíveis para ouvir tudo aquilo que os pais querem transmitir. Os profissionais devem ser capazes de esclarecer as dúvidas dos pais, atendendo aos aspetos culturais, legais, morais e religiosos.

É legítimo que os pais enlutados sintam ansiedade e, muitas vezes, raiva e responsabilizem os profissionais e outros membros da família ou a si próprios pela situação de que são vítimas. A equipa multidisciplinar deve estar preparada para reconhecer, compreender e aceitar estas reações, prestando cuidados humanizados.

2.2- O cuidar em enfermagem

Todos os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, têm um papel de grande importância nos cuidados de saúde. Os serviços hospitalares são lugares privilegiados, de prestação de cuidados saúde pela multiplicidade de profissionais, saberes, tecnologias e infraestruturas que os constituem.

Muitas vezes os enfermeiros executam tarefas relacionadas com alguns dos mais desagradáveis procedimentos hospitalares. Apesar disso, reconhecem que são agentes privilegiados na interpretação de sinais que evidenciam os problemas, os

comportamentos anómalos e as situações de mal-estar psíquico do doente, assumindo um poder de mediação entre médicos e doentes (Carapinheiro, 1993). Para Collière (1999) os serviços hospitalares são locais de expressão da prática profissional onde se pode mobilizar e ajustar os conhecimentos provenientes das situações e onde é possível aliar a reflexão à ação.

Frequentemente o *cuidar* é utilizado para caracterizar a atitude do enfermeiro e surge em oposição ou complemento ao *tratar*, mais ligado ao médico. O *tratar* visa essencialmente o combate à doença, enquanto os cuidados dirigem-se a tudo o que estimula as forças da vida. A capacidade de viver não pode ser mantida sem o *cuidar*. No entanto o *cuidar* é por vezes desvalorizado sendo percecionado como um conjunto de tarefas acessórias, pouco importantes, secundárias, pois a prioridade é “*tratar*”(Collière, 2003a).

Tal como em outras profissões a enfermagem tem evoluído com base nos contextos sociais, culturais, económicos, políticos, filosóficos e tecnológicos (Vieira, 2008). Esta evolução observa-se ao nível do desempenho profissional do desenvolvimento dos conhecimentos científicos, da formação e da investigação (Benner, 2001).

A busca constante e a evolução do processo da construção de saberes no âmbito do “cuidar” em enfermagem deram origem a vários modelos conceptuais, que constituem uma forma de refletir e pensar sobre eventos e processos, e orientam os enfermeiros para uma melhor observação e interpretação dos fenómenos de interesse para a profissão. Estes possibilitam à sociedade a compreensão da maneira de pensar e agir dos enfermeiros o que conduz orientações filosóficas e pragmáticas sobre os cuidados de enfermagem. Os modelos conceptuais clarificam o domínio da profissão e permitem alcançar consistência na prática de enfermagem (Fawcett cit. por Gama, 2013a).

Segundo Kérouac *et al.* (1996a), as conceções da profissão de enfermagem encontram-se agrupadas em seis escolas principais tendo em conta as suas bases filosóficas e científicas, nomeadamente: a escola das necessidades, que integra teóricas como V. Henderson, D. Orem, F. Abdelah, a escola da interação, sendo as teóricas mais representativas H. Peplau, J. Paterson e L. Zderad, I. Orlando, J. Travelbee, I. King a escola dos efeitos desejados, com teóricas como C. Roy, M. Levine, B. Neuman, a escola da promoção da saúde, onde se evidencia Moyra Allen ou Nola Pender, a escola

do ser unitário em que M. Rogers, R. Parse, M. Newman são algumas das teóricas mais representativas e a escola do “*caring*” com J. Watson e M. Leininger.

As várias teorias propõem uma filosofia para compreender a enfermagem e os cuidados de enfermagem partindo de pressupostos que apresentam uma relação de inclusão entre os conceitos do metaparadigma (pessoa, a saúde, o ambiente e a enfermagem).

A teoria que melhor se enquadra neste estudo é o do “*caring*” de Watson (1985) sobre os cuidados da pessoa em fim de vida e as especificidades do papel do enfermeiro na fase terminal da vida. Esta teoria do cuidado transpessoal apoia-se no processo do cuidado humano e para tal requer intenção, desejo, inter-relacionamento e ações. Segundo esta teoria o cuidar é um processo humano e interpessoal que demonstra a reciprocidade entre o enfermeiro e a pessoa pois o profissional participa com a pessoa. O cuidado inicia-se quando o enfermeiro se envolve no espaço/vida da outra pessoa e consegue detetar a sua condição originando assim um fluxo de intersubjetividade. O processo transpessoal assegura a subjetividade das pessoas, proporciona mudanças positivas para o bem-estar e possibilita o crescimento do enfermeiro (Watson cit. por Gama, 2013b).

O modelo “*human care*” enumera sete pressupostos: Pode ser apenas interpessoal; Pretende dar resposta à satisfação de necessidades humanas; Se efetivo promove a saúde e o crescimento individual; Aceita a pessoa como é e como poderá ser; Permite as escolhas em cada momento; É salutogénico; A prática de cuidados é essencial para a enfermagem

O cuidado é o atributo mais valioso que o enfermeiro tem para oferecer à pessoa, tem a finalidade de proteger, engrandecer e preservar a dignidade humana. Cuidar é um processo intersubjetivo que é demonstrado por interações e transações entre o enfermeiro e a pessoa. Este processo implica que o enfermeiro seja autêntico e criativo face às solicitações do doente. Cuidar é um fenómeno complexo que exige respeito, disponibilidade, saber ouvir, olhar, tocar, competência, empatia, amor e criatividade. Requer o envolvimento pessoal, social, moral e espiritual do enfermeiro. Cuidar implica valores, vontade, compromisso para o cuidar, conhecimentos e ações carinhosas. Implica cuidar de si, cuidar do outro, cuidar da vida, cuidar da finitude, está na origem de tudo, é inerente ao ser humano e é um compromisso humanitário (Watson, 2002a).

O cuidar constitui a essência da praxis profissional da enfermagem e fundamenta-se na relação de pessoa para pessoa. A teoria do “*caring*” promove uma abordagem dos

cuidados baseada na experiência e é orientada para a atualização do potencial de cada pessoa no “*continuum*” saúde-doença e morte o que requer maturidade que permita ao enfermeiro incrementar a promoção da dignidade da pessoa.

São muitos os conceitos de cuidar mas há três características que são consensuais entre os diversos teóricos: é um ato humano que implica a relação entre duas pessoas; é essencial à vida; não é praticado exclusivamente pelos profissionais de saúde nem está confinado às instituições.

Para Collière (2003:13b) “cuidar é uma prática que engendra, gera e regenera a vida”, pelo que é constituída por um conjunto de gestos e palavras que permitem a continuidade da vida.

Para Hesbeen (2001:16) cuidar “implica dar atenção às outras pessoas com a intenção de as ajudar nas situações de vida própria dessas pessoas”. Esta definição tem em comum com a anterior o fato da vida ser a razão de existir dos cuidados, mas realça a ajuda “Ajudar” implica estar disponível e sensível às necessidades do outro.

A ajuda é bilateral, ou seja quem cuida pode receber ajuda de quem está a ser cuidado. Esta é a explicação para a sensação de bem-estar que sentimos quando no nosso quotidiano ajudamos alguém, sendo frequentemente mais importante o que se recebe do que o que se proporciona. A propósito da ajuda que recebem os que cuidam as pessoas em fim de vida Hennezel (cit. por Figueiredo, 2007:51a) refere que “mais cedo ou mais tarde, todos os que assistem os moribundos descobrem, face à sua resistência e à sua coragem, e muitas vezes ao seu bom humor, que recebem muito mais do que aquilo que dão. Ensinam-nos a sermos cada vez mais humanos”. Na realidade, cuidar além de ser um ato fundamental à continuidade da vida promove o nosso desenvolvimento e realização como pessoas (Pacheco, 2004a).

Ninguém duvida da utilidade social do ato de cuidar mas é extremamente difícil a sua descrição e a avaliação do seu impacto, inclusivamente por aqueles que são cuidados no contexto da saúde. O termo cuidar é muitas vezes utilizado no contexto da saúde, em especial na profissão de enfermagem, havendo inclusivamente a tendência nos nossos dias a considerar a prática do cuidar como essência da enfermagem (Watson, 2002b).

Para os profissionais de saúde, nomeadamente profissionais de enfermagem, vivenciar na prática e cuidar de doentes graves ou em situação de morte eminente é um grande desafio, sendo o enfermeiro o profissional de saúde que mais frequentemente se

encontra junto dos doentes a morrer e que acompanha com maior proximidade o seu sofrimento e das suas famílias.

Os cuidados em fim de vida são uma das áreas de intervenção do enfermeiro. O ICN (cit. por OE, 2003: 3a) refere que “a enfermagem ocupa-se, sobretudo, da promoção da saúde, da prevenção da doença, bem como do cuidado de pessoas doentes, incapacitadas ou num **estádio terminal**”. É considerado estágio terminal aquele em que “a morte é previsível a mais ou menos curto termo” ou ainda “doentes terminais são aqueles para quem a ciência e a tecnologia não têm meios para suspender a morte” (Silva, 2012:18).

Os cuidados em fim de vida têm como principal objetivo a promoção da qualidade de vida tendo em conta o conforto, o mínimo de sofrimento e as preferências do doente.

A aproximação da morte poderá degradar o corpo mas o doente continua a ser a mesma pessoa, com capacidade para amar, sofrer, sentir.

O fim de vida poderá provocar desestabilização, insegurança, vulnerabilidade, por isso o ser humano necessita de “cuidados de acompanhamento, que incluem: cuidados de compensação; cuidados de manutenção da vida; cuidados de estimulação; cuidados de confortação; cuidados do parecer e cuidados de apaziguamento. Estes têm por objetivo a redução da dor tão frequente nas pessoas em fim de vida e contribuem para diminuir o sofrimento. (Collière, 2003c).

Os cuidados a pessoas em fim de vida estão relacionados com os cuidados paliativos, que foram definidos pela OMS (cit. por Figueiredo, 2007:47b) como: “cuidados ativos e globais prestados aos doentes cuja doença não responde ao tratamento curativo; em que o controlo da dor e outros sintomas, bem como os problemas psíquicos, sociais e espirituais são importantes”.

Posteriormente a OMS (2002:2a) reviu o conceito de Cuidados Paliativos, colocando ênfase na prevenção do sofrimento, definindo-os como “uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida, dos doentes que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável com prognóstico limitado, e/ou doença grave (que ameaça a vida), e suas famílias, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais”. Consideram-se tradicionalmente quatro áreas fundamentais em cuidados paliativos: alívio sintomático; apoio psicológico, emocional e espiritual; apoio à família; trabalho em equipa (ANCP, 2006).

“Estas quatro vertentes devem ser obrigatórias e encaradas numa perspetiva de igual importância, pois não é possível praticar cuidados paliativos de qualidade se alguma delas for subestimada” (Neto *et al.* cit. por Figueiredo, 2007:149c).

Talvez para evitar a clivagem entre o curativo e paliativo, desde 1994, a denominação “cuidados paliativos” tende a ser substituída pela de “cuidados continuados” (SFACP cit. por Figueiredo, 2007d). De facto, esta conceção inspira-se no modelo dos “*hospices*” ingleses, tal como foi teorizada por Cecily Saunders, pioneira dos cuidados paliativos.

Independentemente da denominação atribuída, o mais importante é a humanização dos cuidados às pessoas em fim de vida evitando, as atitudes de abandono ou obstinação terapêutica que surgem com alguma frequência na nossa prática. Para isso, é fundamental reafirmar a importância da vida e considerar a morte como um acontecimento normal, não adiando nem apressando o seu acontecimento. A filosofia dos cuidados paliativos pretende conciliar os aspetos técnicos e científicos excessivamente valorizados durante muito tempo e responsáveis pela desumanização dos cuidados às pessoas em fim de vida (Pacheco, 2004b).

Efetivamente Collière (2003d) discorda da utilização da expressão “cuidados paliativos” considerando que desvaloriza os cuidados, já que os remete apenas para quando já não se pode administrar tratamentos ou estes são ineficazes. Na perspetiva desta teórica, haja tratamento ou já não, os cuidados de acompanhamento de fim de vida são, da mesma maneira, vitalmente indispensáveis.

Na realidade o essencial nos cuidados à pessoa em fim de vida é colocar a pessoa no centro dos cuidados ajudando-a a viver até ao fim, independentemente do local onde se morre.

Cuidar de pessoas em fim de vida é complexo e por vezes angustiante. Os enfermeiros são testemunhas da angústia vivenciada pelo doente devido à finitude eminente da vida e a sua sucessão de perdas: na vida profissional, na imagem corporal, na degradação física, na perda de autonomia, na separação dos entes queridos, nas dores e sofrimento difíceis de aliviar. É fundamental além de competências técnico-científicas, sensibilidade para respeitar o indivíduo e conferir-lhe dignidade da vida.

O enfermeiro está numa posição privilegiada para *acompanhar e caminhar com o outro* até ao fim do seu percurso, dada a sua presença contínua junto do doente e a intimidade que estabelece com a pessoa, devido aos cuidados ao corpo. Além dos saberes de vária natureza que requer e do seu incontornável tecnicismo, a enfermagem

abrange uma imensidão de “pequenas coisas”, que demonstram a atenção que prestamos aos utentes e que contribuem para dar sentido à vida, para alimentar a esperança. (Hesbeen cit. por Figueiredo, 2007e).

De acordo com a American Nursing Leaders (2002:6) “os enfermeiros servem como “modelos” para os membros da equipa de saúde na promoção da qualidade de vida e qualidade na morte”, realçando que a enfermagem está particularmente bem situada para lidar com pessoas em fim de vida dada a preparação científica e humana para olhar o doente de uma forma holística.

Como já anteriormente foi referido, apesar da forma como conceptualizam os cuidados de enfermagem ser diferente de acordo com as diferentes teorias de enfermagem, os teóricos são unânimes em considerar que os cuidados acompanham o homem desde a concepção até à morte.

Atendendo à diversidade de concepções de cuidados, a OE (2003:5b) procurou criar uma definição de cuidados de enfermagem suficientemente abrangente na qual se pudessem rever todos os enfermeiros portugueses e simultaneamente definir o campo de ação da profissão: “Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente”, estando subjacentes os cuidados em fim de vida

No entanto nem sempre a formação académica é suficiente para dar resposta à complexidade do cuidar em Enfermagem.

Para Diogo (2006a) a formação inicial em enfermagem é frequentemente percecionada como insuficiente na preparação dos profissionais para lidar com as emoções, sendo sugerido maior preparação ao nível da gestão das emoções.

2.3- As emoções e os sentimentos nos cuidados em fim de vida

A emoção é uma experiência subjetiva que envolve a totalidade da pessoa toda. É uma reação complexa desencadeada por um estímulo ou pensamento e envolve reações orgânicas e sensações pessoais. É uma resposta que envolve uma reação observável, uma excitação fisiológica, uma interpretação cognitiva e uma experiência subjetiva (Pinto, 2001a).

Emoção é uma experiência subjetiva, associada ao temperamento, personalidade e motivação. A palavra é originária do latim *emovere*, onde o *e-* (variante de *ex-*) significa 'fora' e *movere* significa 'movimento'. De acordo com este conceito a emoção é algo que se exterioriza.

Emoção significa um sentimento e os raciocínios daí derivados, estados psicológicos e biológicos, e o leque de propensões para a ação. Há centenas de emoções, incluindo respectivas combinações, variações, mutações e tonalidades (Goleman, 2006a).

Uma definição de emoção, numa simplificação do processo neurobiológico, consiste numa variação psíquica e física, desencadeada por um estímulo, subjetivamente experimentada e automática e que coloca num estado de resposta ao estímulo, ou seja, as emoções são um meio natural de avaliar o ambiente que nos rodeia e de reagir de forma adaptativa (Damásio, 1995b).

As emoções foram ignoradas durante muito tempo pela ciência em detrimento da razão ou do pensamento lógico. Elas eram consideradas processos menos importantes, primitivos e até mesmo indicadores patológicos. Mais recentemente as emoções e os sentimentos tem sido tema pesquisas e o seu estudo tornou-se importante devido à necessidade cada vez maior de compreender algumas reações humanas.

A primeira teoria sobre as emoções surge no século XIX, em 1872, onde Darwin se dedicou ao estudo das emoções, tanto no homem como nos animais, chegando à conclusão de que as emoções ou a sua expressão, era algo inato. A fim de reforçar a ideia que já tinha de uma origem comum, levantou a questão da utilidade da expressão das emoções para a sobrevivência dos indivíduos. Darwin identificou seis emoções inatas ou universais - alegria, tristeza, surpresa, cólera, desgosto e medo - que serviriam como uma ferramenta para ajudar o indivíduo e a sua comunidade a sobreviverem. Os movimentos pelos quais as emoções se expressam são involuntários, e os mais importantes são inatos e herdados. Entretanto, em momentos anteriores da evolução da espécie, eles foram executados muitas vezes voluntariamente e com um objetivo apropriado (Rudge, 2005).

No final do século XIX surgiu a primeira teoria das emoções, desenvolvida pelo psicólogo americano William James e pelo dinamarquês Carl Lange. Os dois pesquisadores postularam que a característica central das emoções, ou seja, da nossa experiência subjetiva particular, está relacionada com os processos fisiológicos (Newen cit. por Lopes, 2011a).

Os behavioristas tratavam as emoções como modos de agir em determinadas situações. Visto haver uma longa tradição, ao separar a razão da paixão, não é de espantar o facto de existir uma área de estudo da racionalidade-cognição independente das emoções. O estudo das emoções foi assim ignorado durante muito tempo pelo campo da ciência cognitiva (LeDoux cit. por Pereira, 2013m).

Já no século XXI constata-se “a importância dos comportamentos emocionais na sobrevivência e reprodução, ao nível da função cognitiva intra e interativa, bem como a importância das emoções primárias a elas ligadas”, fundamentando a teoria psicanalítica (Veiga Branco cit. por Pereira, 2013:19n).

Damásio demonstra o contributo e importância das emoções para a tomada de decisões e para a atividade racional. Para este investigador (1995:134c) ser racional, não é separar-nos das nossas emoções. O cérebro que pensa, que calcula, que decide, não é diferente daquele que chora, que sente prazer e repulsa. A ausência de emoções e de sentimentos impede-nos de ser verdadeiramente racionais”.

Na literatura surgem várias definições de emoções: “um movimento em direcção ao exterior, um impulso que nasce no interior de nós e que fala que nos rodeia, um impulso que nos diz quem somos e nos coloca em relação com o mundo. (...) O papel das emoções é o de assinalar os acontecimentos que são significativos para o indivíduo e motivar os comportamentos que permitem geri-los” (Filliozat cit. por Pereira, 2013:20o).

A emoção é uma experiência subjetiva ou sentimento, constituída por três tipos de comportamento: o direccionar objetivo (atacar, fugir), o expressivo (sorriso, enfado) e fisiológico (taquicardia, sudção, defecção) (Veiga Branco cit. por Pereira, 2013:20p).

De acordo com LeDoux (cit. por Pereira, 2013q) os esforços para identificar o que são as emoções básicas acabam frequentemente por se atolar em discussões acerca de exemplos periféricos, dada a incapacidade dos teóricos em se colocarem de acordo, discordando quanto a casos confusos como a surpresa, o interesse e o desejo.

Vive-se na atualidade um novo paradigma, que nos incita a harmonizar a cabeça e o coração, abandonando o velho ideal da razão livre dos constrangimentos das emoções. “As emoções podem tornar o pensamento mais inteligente, e a inteligência pode permitir pensar e usar de modo mais apurado as emoções” (Rego *et al.* cit. por Pereira, 2013:20-21r).

São vários os investigadores que propõem famílias básicas de emoções, no entanto estas classificações não são consensuais entre os teóricos. As principais famílias básicas candidatas a um consenso são apresentadas por Goleman (2006:367b):

- **Ira:** fúria, ultraje, ressentimento, cólera, indignação, aborrecimento, irritabilidade e talvez no extremo o ódio e violência patológicos.
- **Tristeza:** dor, pena, desânimo, desalento, melancolia, solidão, abatimento, desespero e quando patológico depressão profunda.
- **Medo:** ansiedade, apreensão, nervosismo, preocupação, consternação, precaução, aflição, desconfiança, pavor, horror, terror; como psicopatologias: fobia e pânico.
- **Prazer:** felicidade, alegria, alívio, contentamento, satisfação, delícia e divertimento, orgulho, prazer sensual, excitação, entusiasmo e, no extremo mania.
- **Amor:** aceitação, amizade, confiança, bondade, afinidade, devoção e adoração.
- **Surpresa:** choque, espanto, assombro e admiração.
- **Aversão:** desespero, desdém e assombro.
- **Vergonha:** culpa, embaraço, desgosto, remorso, humilhação, arrependimento e mortificação.

O debate científico desta classificação continua, pois ainda existem dúvidas relativamente a combinações de emoções que se podem categorizar em mais de uma família, entre outros aspetos. Emoções como o medo, a ira ou a tristeza são considerados mecanismos de sobrevivência e parte integrante da nossa dotação básica emocional. As pessoas a quem falta a capacidade de gestão de emoções estão constantemente em luta com sentimentos de angústia, enquanto as que a possuem em alto grau recuperam muito mais facilmente das adversidades da vida (Goleman, 2006c).

Segundo outros autores as emoções podem dividir-se em primárias e secundárias. As primárias são inatas, evolutivas e partilhadas por todos, enquanto as secundárias são sociais e resultam da aprendizagem. As emoções primárias são o medo, a raiva, a tristeza e a alegria, são inatas e estão ligadas à vida instintiva e à sobrevivência. As emoções secundárias são ciúme, inveja, vergonha, são estados afetivos de estrutura e conteúdos mais complexos que as primárias (Damásio, 1995d).

As emoções secundárias tornam-se uma categoria de emoções usadas pelo indivíduo para se proteger das primárias que muitas vezes são vergonhosas, ameaçadoras, embaraçosas ou dolorosas. Por exemplo: uma pessoa pode estar

deprimida, mas sua depressão pode estar a ocultar um sentimento primário de raiva. Aparecem frequentemente quando ocorrem as tentativas (fracassadas) de controlo ou julgamento das emoções primárias (Abreu, 2005).

As emoções têm duas funções biológicas: a primeira produz uma reação específica para a situação indutora e a segunda função é de homeostase, regulando o estado interno do organismo.

As emoções cumprem funções de grande importância, preparam-nos e motivam-nos para ações; possibilitam avaliarmos os estímulos do ambiente de maneira extremamente rápida, ajudam no controle das relações sociais; são formas de expressão típicas que indicam aos outros as próprias intenções (Newen *et al.* cit. por Lopes, 2011b).

As emoções são capazes de mobilizar o sistema nervoso autónomo, órgãos e sistemas. Influenciam a saúde não apenas em consequência da psico-neuro-fisiologia, mas também através das suas propriedades motivacionais, através de condutas saudáveis, tais como os exercícios físicos e a dieta equilibrada (Ballone, 2007).

As emoções são extremamente importantes numa perspetiva biológica, psicológica e social. Sob o ponto de vista biológico induzem modificações corporais. Quando ocorrem, alteram o traçado eletroencefalográfico, a tensão dos músculos, a ativação do sistema nervoso vegetativo e certas secreções hormonais, nomeadamente da adrenalina, da insulina, dos corticosteroides e da tiroxina. Numa perspetiva psicológica modificam características intelectuais, entre as quais a percepção, o pensamento, a memória, a atenção, a capacidade de concentração, a consciência crítica ou as fantasias. No ponto de vista social, desempenham um papel muito significativo na motivação humana e podem influenciar aspetos que vão desde a personalidade, às relações sociais, ao maior ou menor empenho num curso profissional, à vida sexual, à ascensão na carreira ou à própria maneira de viver (Vaz Serra cit. por Martins, 2013a).

A emoção é uma reação complexa desencadeada por um estímulo ou pensamento e envolve reações orgânicas e sensações pessoais. É uma resposta que envolve diferentes componentes, nomeadamente uma reação observável, uma excitação fisiológica, uma interpretação cognitiva e uma experiência subjetiva (Pinto, 2001b).

Geralmente confundem-se sentimentos com emoções, mas de certa forma são bem diferentes. Os sentimentos são duradouros e fáceis de esconder. Já as emoções espontâneas têm uma parte corporal (mãos suadas, agitação, choro, riso, melancolia...). As emoções são necessárias para comunicar, para nos adaptarmos com sucesso à nossa

sociedade e assim conseguirmos sobreviver. A emoção é uma forma de manifestar o afeto e o que a caracteriza são as reações intensas e breves do organismo, em resposta a um acontecimento inesperado ou a um acontecimento muito aguardado (Bock cit. por Martins, 2013b).

Constata-se por vezes, uma confusão conceptual entre sentimentos e emoções, pois são dois processos que se relacionam, e são usados habitualmente como se se tratasse do mesmo conceito. Um dos fatores que distingue as emoções dos sentimentos é a privacidade dos sentimentos e a exterioridade das emoções. A emoção é pública, observável, tendo uma dimensão comunicacional, enquanto o sentimento está voltado para o interior do ser humano. Os sentimentos são gerados por emoções e sentir emoções significa ter sentimentos. Os sentimentos surgem após tomarmos consciência das reações corporais, quando estes movimentos são transmitidos a determinadas zonas do cérebro através da atividade neuronal. Nas emoções, conseguimos reconhecer o elemento que as desencadeou, contrariamente aos sentimentos que não se associam a nenhuma causa imediata. Os sentimentos são emoções filtradas através dos centros cognitivos do cérebro (Damásio, 1995e).

O termo emoção tende a incluir a noção de sentimento, e apesar destes dois fenómenos se encontrarem tão intimamente ligados que se torna fácil confundi-los, é possível distinguir e estudar separadamente os dois conceitos. A distinção entre emoção e sentimento equipara-se à distinção entre corpo e mente. Na realidade as emoções fazem parte de um sistema integrado de dispositivos inatos e automáticos que visam solucionar os problemas básicos da vida e assegurar o bem-estar do organismo. Contribuem assim para a regulação homeostática de um organismo cuja sobrevivência depende da manutenção de condições internas estáveis e da possibilidade de adaptação às variações do mundo exterior. Enquanto mecanismos biológicos de autorregulação, as emoções têm uma dupla função, a primeira é a produção de uma reação específica do organismo a uma situação indutora, isto é, a um estímulo emocionalmente competente presente no meio exterior, a segunda função é a regulação do estado interno do organismo, através de alterações fisiológicas (ritmo cardíaco, pressão sanguínea, ...) cujo objetivo é preparar o organismo para a reação. Emoção é considerada um impulso neural que move um organismo para a ação. A emoção é um estado neuro psicofisiológico (Damásio, 1995f).

Realmente as emoções distinguem-se de outros mecanismos de regulação automática pelo grau de complexidade das respostas emocionais. As modificações

corporais que dão expressão às emoções constituem formas naturais e não conscientes de avaliar o ambiente e de fornecer respostas aos problemas do quotidiano. A pressão do ambiente determina a evolução no sentido de criar dispositivos mentais capazes de resolver de forma cada vez mais eficaz os problemas. Os sentimentos emergem quando a acumulação dos pormenores mapeados no cérebro atinge um determinado nível, ou seja, quando a atividade do sistema nervoso atinge uma frequência crítica. É através do sentimento que a emoção inicia o seu impacto na mente. O sentimento é uma percepção, sob a forma de imagem mental, que dá a conhecer à consciência o conteúdo dos padrões neurais. (Freitas-Magalhães cit. por Santos, 2009).

Na relação emoção / sentimento, entendemos que apesar de alguns sentimentos estarem relacionados com as emoções, existem muitas que não estão. Assim, todas as emoções originam sentimentos, mas nem todos os sentimentos provêm de emoções (Damásio, 1995g).

A experiência emocional está omnipresente em toda a situação interrelacional (Diogo, 2006b). Também nos hospitais não há exceções, sendo mesmo estes considerados os verdadeiros polos de fortes interações emocionais. Os profissionais e utentes nos hospitais estão em contacto permanente, por isso mesmo sujeitos a fatores que influenciam o seu estado emocional. Tanto o internamento como a doença podem ser considerados fatores desencadeantes de uma crise emocional, tanto no doente como na sua própria família e nos profissionais. O saírem do seu ambiente, o contacto com pessoas estranhas e com situações de sofrimento, sujeição à dor e a técnicas invasivas, assim como à perda da sua autonomia ou mesmo de identidade, o deparar com situações em que o doente lembra ao profissional a sua própria pessoa ou a de algum familiar muito significativo, são situações propícias à origem de tensão acentuada (Costa *et al.*, 2003).

Uma forma de prevenir e superar as situações de descontrolo passa por ajudar as pessoas a gerir os seus sentimentos perturbadores. Ao atender simultaneamente as necessidades emocionais e as necessidades puramente médicas, muitos doentes poderiam beneficiar consideravelmente desse facto. Mostrar empatia ao doente e família representa um valor acrescentado, significa promover cuidados centrados no relacionamento, reconhecendo a importância da relação entre o profissional de saúde e o doente (Goleman, 2006d).

De um enfermeiro espera-se uma permanente preocupação com os outros, sentimentos de solidariedade, para além do aperfeiçoamento dos canais de comunicação

e do conter dos seus próprios sentimentos, acabando por não ter tempo de identificar os seus próprios problemas (Loff cit. por Queirós, 2005). É na vida extra profissional que os enfermeiros tentam encontrar formas que permitam fazer face às repercussões do seu trabalho. Estes recursos geralmente externos, como sejam, a prática de desporto ou um suporte de uma vida familiar estável, são inerentes ao próprio indivíduo. Muitos baseiam esta filosofia de vida em valores morais dominados pelo altruísmo (Mercadier, 2004b).

Quando existe necessidade de partilhar situações do dia-a-dia de trabalho, situações emocionalmente pesadas, essa partilha pode ser estabelecida com um colega de trabalho, um familiar, um amigo ou o cônjuge, o importante é que haja confiança recíproca. Habitualmente onde se verifica maior compreensão e partilha é no ambiente afetivo criado pela família. Os enfermeiros referem-se muitas vezes à sua vida afetiva como um suporte que lhes permite fazer face nas dificuldades inerentes à vida profissional, associando também as atividades de lazer (Mercadier, 2004c).

A necessidade de minimizar o impacto da experiência emocional vivenciada pelo enfermeiro faz com que este desenvolva mecanismos de defesa. Estabelecer limites de desenvolvimento no relacionamento com o doente, procurando viver as situações com distanciamento, são algumas das defesas adotadas (Diogo, 2006c). A repressão, a inibição ou a negação das emoções é tão prejudicial como a experiência emocional extrema, podendo mesmo manifestar-se através de doenças psicossomáticas (Damásio, 2004a).

Na realidade até há bem pouco tempo pensava-se que as competências técnicas eram o principal elemento para a determinação do sucesso dos indivíduos na organização e destas no mundo. A enfermagem e outras profissões de ajuda não eram exceção. O que era ensinado na escola colocava a ênfase na vertente tecnicista. Acreditava-se que as emoções prejudicavam o trabalho, que o influenciavam de uma forma negativa e as pessoas eram avaliadas em função da correta execução técnica e até por apresentarem uma certa “frieza” nas relações com os outros. (Damásio, 1995h).

Atualmente o crescente interesse pelo mundo das emoções, e consequentemente pela investigação associada a emoções e sentimentos, tem enriquecido grandemente o conhecimento nesta área e levou ao surgimento de uma nova área de estudo – a Inteligência Emocional. Damásio (1995i) considera que a inteligência emocional é um termo que foca a sua atenção no “talento humano”, que embora sendo um termo simples, incorpora a complexidade da capacidade humana.

O que sentimos é o que nos liga à vida, a razão de ser, o cerne da nossa existência. A experiência subjetiva das emoções e de sentimentos, ou simplesmente a emoção, é vista como o fundamento da nossa personalidade, o que temos de mais íntimo e que nos “liga” a nós próprios, aos outros e ao mundo (Diogo, 2006d).

O enfermeiro é muitas vezes confrontado com a experiência de sentir e lidar com a emotividade nas situações da sua prática. Enfrenta limites físicos (trabalhar de noite num serviço de urgência, prestar muitos cuidados de higiene durante a manhã) e psicológicos (gerir o sofrimento de uma pessoa deprimida, acompanhar uma criança em fim de vida ou prestar cuidados a um corpo após a morte) (Diogo, 2006e).

Vários estudos demonstraram que enfermeiros, por lidarem com a dor, o sofrimento, a angústia, a perda, o *stress* e a morte, sofrem efeitos devastadores relacionados com a capacidade relacional, racional e emocional. Ao pretender compreender o outro, o enfermeiro pode ser invadido pelos sentimentos e problemas da pessoa ou da família que cuida, pela sua dor e sofrimento. A este propósito há referência a casos de enfermeiras que desenvolvem uma “depressão por empatia” (Goleman, 1999b).

Os profissionais que pretendam obter sucesso terão de saber controlar e gerir com a máxima destreza as emoções próprias e as dos outros. Se por um lado as emoções positivas tendem a estimular o êxito profissional pelo facto de haver entusiasmo na realização das tarefas e consequentemente uma minimização do esforço dispendido, por outro, em sentido oposto, quando se está sob influência de emoções negativas, ou quando existe algum desentendimento com algum colega, o rendimento/produktividade do indivíduo, a eficácia, eficiência e efetividade na resolução de problemas e na tomada de decisão será menor e o esforço acrescido. Se um clima positivo incrementa produtividade, eficácia e satisfação; já um clima negativo aumenta o absentismo, frustração e fraco desempenho (Cotovio cit. por Gregório, 2008). Por isso é fundamental que o enfermeiro seja assertivo, positivo, construtivo e confiante (Rodrigues, 2005).

Martins *et al.* cit. por Diogo (2006f), ao investigarem as emoções e reações dos enfermeiros perante a morte, identificaram a angústia, a impotência, a culpa, o medo, a compaixão, a tristeza e a perda.

Teixeira (2006a) num estudo sobre “Representações Sociais da Morte em Enfermeiros”, concluiu que a morte parece ser uma situação que conduz os enfermeiros a pensamentos ou ideias e sentimentos ou emoções desconfortantes.

Noutro estudo de Nunes (2005) relacionado com “A Preparação dos enfermeiros para acompanhar um doente em situação terminal de vida” em 3 hospitais centrais de Lisboa, o autor concluiu que os enfermeiros que prestam cuidados em situação terminal de vida, vivenciam emoções e sentimentos de impotência, compaixão, alívio, repulsa, culpa, frustração, raiva, aceitação, confusão, depressão, desespero, revolta, saudade, medo, solidão, tristeza, vazio e sofrimento. (Pereira, 2013s)

No estudo intitulado “Os sentimentos/dificuldades dos enfermeiros face ao doente oncológico em fase terminal no domicílio e a sua interferência no cuidar” realizado por Moreira (2007a) na sub-região de saúde de Beja, a autora concluiu que os enfermeiros identificam sentimentos de natureza negativa (impotência, insegurança, medo, frustração, choque e revolta) o que poderá diminuir a qualidade dos cuidados.

No estudo realizado por Batista (2008a) sobre “*Stress e coping* nos enfermeiros dos cuidados paliativos em oncologia” num serviço de cuidados paliativos, a autora concluiu que os enfermeiros experimentavam sentimentos e emoções variados, tanto positivos como negativos, durante a sua prática de cuidar.

Pereira (2013t) estudou “As emoções dos enfermeiros perante a criança em fim de vida” numa amostra de enfermeiros da Unidade Local de Saúde da Guarda; do Centro Hospitalar Cova da Beira- Covilhã; da Unidade Local Saúde de Castelo Branco, e do Centro Hospital Tondela-Viseu, e que tinham contacto com crianças, o autor concluiu que os enfermeiros experimentam sentimentos e emoções variados muito mais desconfortantes do que confortantes.

Na sua prática profissional o enfermeiro é confrontado com situações que desencadeiam emoções e sentimentos, frequentemente ambivalentes. Face a situações de sofrimento são mais vulgares as emoções e sentimentos negativos, para os quais tenta encontrar recursos externos e internos que lhes permitam superar com sucesso a adversidade.

3- SENTIDO DE COERÊNCIA

A busca do sentido de vida acompanha a humanidade desde sempre. A procura de respostas concretas acerca do que é o sentido de vida ou do que dá sentido à vida, movimenta e acompanha, todas as grandes conquistas e movimentos da humanidade.

O sentido de vida pode ser definido resumidamente como um conceito global que permite compreender e interligar de um modo coerente e, essencialmente positivo, tudo o que nos aconteceu, bem como o que esperamos que nos aconteça na vida. Dar um sentido ou encontrar um sentido para a vida, implica descobrir, construir ou antecipar esse fio condutor e então ser capaz de perceber a vida como um todo coerente. O sentido de vida não é algo intrínseco, mas antes algo que construímos cognitivamente quando confrontados com a ansiedade que nos provoca a completa ausência de sentido do mundo que nos rodeia (Baumeister *et al.* cit. por Andrade, 2007).

Encontrar um sentido é também uma fonte de estabilidade, porque permite tornar o mundo mais previsível e controlável. Para o ser humano a constante mudança é um processo desagradável e desgastante e o seu desejo por uma realidade mais constante encontra resposta na atribuição de um sentido à vida. Estas necessidades das pessoas em torno do sentido são encorajadas pela sociedade como forma de manter as pessoas estáveis e controláveis e uma sociedade que funcione melhor ou seja a ideia de que a vida tem um sentido superior. As pessoas mantêm a sua homeostase por ação de diversos mecanismos de regulação complexos, que pode ser comprometida pela ação de agentes patogénicos e de *stressores*, que inviabilizam a ação desses mecanismos de regulação (Baumeister cit. por Saboga Nunes, 1999e).

Para dar resposta ao “ sentido da vida” Antonovsky, em 1987, identificou o conceito de “ sentido de coerência” (SOC), (*sense of coherence*) que constituiu uma proposta inovadora no âmbito da identificação e especificação das características do indivíduo facilitadoras de uma estratégia que se adapta na resolução de problemas e gestão do *stress* da vida, desempenhando uma ação promotora da saúde mental e da qualidade de vida.

O conceito de sentido de coerência envolve a hipótese de que um alto sentido de coerência aproxima a pessoa do pólo de máxima funcionalidade, no contínuo disfuncionalidade/funcionalidade, enquanto uma permanente variação na direção de um baixo sentido de coerência relaciona-se com indicadores reveladores de uma gestão ineficiente da saúde. Desta forma, as pessoas com um elevado sentido de coerência podem encontrar-se menos atingidos a nível comportamental, emotivo, psicológico e

psicossomático, pelo efeito dos fatores *stressores* (Antonovsky cit. por Saboga Nunes, 1999f).

O sentido de coerência é, então, a abordagem proposta para explicar o *coping* bem-sucedido, face a agentes *stressores*, e o movimento em direção ao extremo de máxima funcionalidade, no contínuo saúde/doença. Assim, um *score* de sentido de coerência elevado indica uma maior probabilidade de *coping* bem-sucedido face a agentes ou acontecimentos de vida *stressantes*, enquanto um baixo *score* de sentido de coerência está, geralmente, associado a uma capacidade de *coping* relativamente pobre (Antonovsky cit. por Araújo, 2010a).

Numa tentativa de compreender como as pessoas vivem as suas experiências de vida, desenvolveu-se o conceito de recursos generalizados de resistência, sugerindo que seria a repetição das suas experiências de vida que possibilitava a evolução e a estruturação do sentido de coerência (Antonovsky cit. por Saboga Nunes, 1999g). Os recursos generalizados de resistência proporcionam à pessoa um conjunto de experiências de vida caracterizadas pela consistência e pelo equilíbrio entre as demandas impostas pelos acontecimentos de vida e as capacidades da pessoa, e pela participação individual na obtenção dos resultados da ação socialmente valorizada, que promovem o desenvolvimento de um forte sentido de coerência. Assim, os recursos generalizados de resistência determinam o nível de sentido de coerência (Saboga Nunes, 1999h).

A ausência de alguns recursos generalizados de resistência pode tornar-se num *stressor* e, por sua vez, pode moldar um fraco sentido de coerência. Os recursos generalizados de resistência estão, apenas, potencialmente disponíveis, pelo que cabe à pessoa ativá-los face às situações de vida e agentes *stressores* (Antonovsky cit. por Saboga Nunes, 1999i). Com o contributo de Antonovsky desenvolveram-se metodologias de intervenção, que visam reforçar a capacidade das pessoas gerirem de forma saudável, o *stress* provocado pelos acontecimentos de vida. Desta forma, o sentido de coerência poderá ser considerado promissor quanto à sua capacidade de orientar o profissional de saúde na prestação de cuidados estruturados e orientados de acordo com as diferenças subjetivas de cada pessoa (Saboga Nunes, 1999j).

Antonovsky definiu três componentes para o seu constructo: capacidade de compreensão (*comprehensibility*), capacidade de gestão (*manageability*) e capacidade de investimento (*meaningfulness*), que abrangem as características cognitivas,

instrumentais e motivacionais do sentido de coerência. (Antonovsky cit. por Saboga Nunes, 1999k).

A capacidade de compreensão define a maneira como a pessoa percebe os estímulos, do meio interno e externo, como informação ordenada, consistente, estruturada e clara; o que não implica que a pessoa deseje os estímulos a que é sujeita, mas sim que compreende que ocorreram dessa forma. Para uma pessoa com elevada capacidade de compreensão os estímulos que venha a encontrar no futuro são previsíveis, ordenados e explícitos (Saboga Nunes, 1999l).

A capacidade de gestão corresponde à percepção que a pessoa tem e desenvolve dos recursos pessoais ou sociais, que estão ao seu alcance para satisfazer as exigências requeridas pela situação de estímulo. Estes recursos podem ser pessoais ou sociais, onde se incluem contributos de pessoas significativas. Assim, quanto mais elevado for o sentido de gestão da pessoa, menos se sentirá afetada negativamente pelos acontecimentos de vida, menos vitimada e injustiçada (Saboga Nunes, 1999m).

A capacidade de investimento respeita à forma como a pessoa sente que a vida faz sentido e que alguns dos problemas e acontecimentos de vida são merecedores do seu investimento de energia, interesse e compromisso. Esta é a componente motivacional do sentido de coerência que segundo o autor é a mais importante (Saboga Nunes, 1999n). Assim o sentido de coerência é uma orientação global que define a capacidade que uma pessoa, com um persistente e dinâmico sentimento de confiança, encara os estímulos, emanados do meio interno e externo, como estruturados, previsíveis e explicáveis (capacidade de compreensão), reconhece que tem ao seu alcance recursos para satisfazer as exigências colocadas por esses estímulos (capacidade de gestão) e que essas exigências são desafios capazes de catalisar o seu investimento e empenho (capacidade de investimento) (Antonovsky cit. por Saboga Nunes, 1999o). Estes três componentes estão inter-relacionados, mas pode haver situações nas quais as experiências do indivíduo resultem em *scores* baixos num componente e elevados noutro (Antonovsky cit. por Carrondo, 2006).

Baseado nos estudos de Antonovsky (1987) surgiu o termo “salutogénese”. O paradigma salutogénico emerge como uma abordagem fundamental da área da saúde, focando-se na compreensão da saúde e da adaptação, contrariando o modelo patogénico que se dedicava a identificar e a explicar as origens das patologias, resultando do desenvolvimento simultâneo de vários constructos, que tentavam explicar a relação entre fatores de *stress* e as variáveis mediadoras da adaptação (Saboga Nunes, 1999p).

De acordo com a orientação salutogénica existem fatores individuais e coletivos que favorecem a saúde e o bem-estar, designando-os por fatores salutogénicos.

De acordo com o paradigma salutogénico, a pessoa na presença de um fator *stressor* tem potencial para gerir de forma saudável as exigências requeridas pela especificidade da sua situação de saúde e de vida, caminhando persistentemente no sentido de uma máxima funcionalidade. O sentido de coerência refere-se assim, a essa capacidade que as pessoas detêm de acionar oportunamente os mecanismos de regulação, que lhes permite manter o seu próprio estado de saúde, o seu equilíbrio (Saboga Nunes, 1999q).

O estado de saúde e de doença é determinando, em grande medida, por um fator psicológico individual: uma atitude geral do indivíduo em relação ao mundo e à sua própria vida. Os fatores externos, como sejam: a guerra, a fome, as precárias condições de higiene, podem ser nefastas para a saúde. No entanto, mesmo quando expostos às mesmas condições externas, diferentes pessoas encontram-se em diferentes estados de saúde. Assim, se as condições externas são comparáveis, então o estado de saúde individual depende de como cada um interpreta a vida do ponto de vista cognitivo, afetivo e motivacional e mobiliza e utiliza os recursos disponíveis para manter a saúde e o bem-estar (Saboga Nunes, 1999r).

Na realidade o sentido de coerência é um constructo, fundamentalmente, estruturado por fatores sociais, que se apresenta como um verdadeiro instrumento de análise, que nos aproxima da compreensão da saúde como algo muito mais global, como sugere a *World Health Organization* (Saboga Nunes, 1999s).

Os estudos empíricos desenvolvidos sobre o sentido de coerência levaram à introdução do conceito nas linhas mestras orientadoras das políticas de promoção da saúde mental do século XXI, imanadas pela *World Health Organization*, que integrou o conceito no âmbito da promoção da saúde, considerando que capacitar o cidadão de forma a garantir que lide com os fatores *stressores* é uma preocupação emergente nas orientações das políticas de saúde (*World Health Organization* cit. por Araújo, 2010b).

Cada indivíduo possui predisposições para ver o mundo como coerente e previsível, tal como acontece com outras características mais estáveis da personalidade. No entanto, a persistência e a qualidade das experiências, com as quais cada indivíduo vai-se confrontando ao longo da vida, vão estimular e desenvolver o sentido interno de coerência individual (Antonovsky cit. por Ferreira, 2007a).

Desde o desenvolvimento do questionário de Orientação para o Viver (QOV), que o constructo tem vindo a ganhar importância, ao longo de várias culturas e contextos (Carmel *et al.* cit. por Ferreira, 2007b).

Os resultados destes estudos confirmam a validade e fidelidade do questionário, mas também, demonstra a utilidade e importância do constructo. Os mesmos estudos revelam que um forte Sentido Interno de Coerência está relacionado com uma utilização mais eficaz dos recursos, um coping mais eficaz e uma grande capacidade de resiliência.

O sentido interno de coerência tem vindo a ser relacionado com baixos níveis de depressão, ansiedade, *stress* e sintomas físicos, pertencentes a quadros patológicos, mas também, com bem-estar em geral, bem-estar psicológico e físico, bem como capacidade funcional (Berstein *et al.* cit. por Ferreira, 2007c).

O sentido de coerência pode constituir-se com um recurso relevante para os profissionais de saúde, na gestão das emoções no processo de cuidar o doente em fim de vida.

4- HIPÓTESE DE TRABALHO

A morte é um evento biológico natural e inevitável. Embora faça parte do ciclo biológico, o homem tende a ignorá-la e a repeli-la, talvez, porque ainda não foi possível desvendar os seus mistérios ou então porque apesar de todos os avanços tecnológicos ainda não é possível vencê-la. A consciencialização da morte é penosa pois implica pensamentos que têm a ver com a morte de entes queridos ou até com a nossa própria morte.

A morte é um fato inevitável, mas a sua ocorrência numa fase precoce, implica dificuldades de compreensão e aceitação. Lidar com a morte é uma questão difícil, mas piora drasticamente, quando quem tem a vida em risco é uma criança. A morte de uma criança é uma situação impensável na ótica da família, pois o natural seria que os pais morressem antes das crianças na perspetiva do ciclo vital.

O aparecimento de uma doença grave é espectável e aceite no fim da vida adulta, quando já foram atingidos objetivos e as expectativas em relação ao futuro já comportam a morte como um acontecimento normal e universal. Quando uma doença grave incapacitante ou fatal ocorre mais cedo, está fora do contexto, tanto em termos cronológicos como sociais (Rolland cit. por Poles *et al.*, 2004g).

Na ótica dos profissionais de saúde a morte é vista como um fracasso, pois, o seu objetivo, é a melhora do doente em direção à saúde e não o contrário. Assim, se o profissional não consegue alcançar o seu objetivo ou, mais especificamente, se o doente morre, a atuação pode ser considerada um fracasso pelo próprio e pelos outros (Kovács, 2002c).

Ao longo da nossa vivência profissional constatamos que a morte e o morrer têm uma conotação negativa, pesada, desmoralizadora e que apesar dos enfermeiros, durante a sua formação académica, serem “preparados” para conviver com esta realidade, no seu dia-a-dia não é fácil controlar os seus sentimentos e emoções e tentar que estes não interfiram na sua atividade profissional. Para um enfermeiro é difícil assistir à morte de um doente, independentemente da sua idade, e experimentar a impotência de nada poder fazer contra a magnitude do processo de morrer.

No nosso percurso pessoal e profissional, este último desenvolvido em contexto hospitalar, sempre nos sentimos atraídas pelas problemáticas relacionadas com a pediatria e a saúde infantil. O contacto que fomos estabelecendo com crianças em situação de doença e com os pais, e a perceção que fomos construindo sobre as emoções

e os sentimentos que estavam presentes em situações de doença grave, doença terminal ou em fim de vida esteve na base da opção por este estudo.

A nossa percepção empírica de que a morte implica sofrimento emoções e sentimentos em todos os seres humanos e a nossa constatação de que apesar da nossa prática profissional de mais de três décadas continuávamos a manifestar algum desconforto e a ter dificuldade em controlar as nossas emoções e sentimentos perante uma situação de uma criança em sofrimento e/ou fim de vida, aguçou a nossa curiosidade e o nosso interesse para tentar perceber as emoções dos enfermeiros perante situação de morte, e se há características pessoais que as influenciam.

Os enfermeiros no seu quotidiano são confrontados com uma multiplicidade de acontecimentos que implicam consequências determinantes no seu bem-estar psíquico, físico e social. Perante um acontecimento similar, cada indivíduo é afetado diferentemente, dependendo disso determinantes intrínsecas e extrínsecas. Tendo em conta esta vertente decidimos incluir neste trabalho o sentido de coerência que exprime uma característica intrínseca de cada indivíduo, mas, dado que é diferente de indivíduo para indivíduo, constitui uma variável importante na sua capacidade de lidar com os stressores.

Tendo em conta a nossa problemática a hipótese que orienta o estudo, e de que decorrem as questões é a seguinte:

“Qual a relação entre o SOC e as emoções vivenciadas pelos enfermeiros perante a criança em fim de vida?”

5- INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

O processo de investigação envolve a fase metodológica que consiste na descrição do conjunto de métodos e técnicas que guiaram a elaboração do processo de investigação científica (Fortin, 2003a).

Assim neste capítulo serão abordados os aspetos relativos ao tipo de estudo, às questões de investigação formuladas, seleção da população e amostra, descrição dos instrumentos de colheita de dados, procedimentos éticos e formais relativos à recolha de informação e por último, procedimentos no tratamento e análise dos dados colhidos.

Tal como referimos os enfermeiros nas práticas de cuidar são frequentemente confrontados com situações de perdas onde se inclui a morte.

Conforme os teóricos da escola da interação a enfermagem é uma profissão de relação. Neste sentido as perdas vivenciadas pelos utentes e pelas famílias terão implicações nestes e também nos enfermeiros que os cuidam. É neste contexto que se desenvolve o presente estudo, pois espera-se que os enfermeiros manifestem emoções perante a morte e que a idade da pessoa que é cuidada pode influenciar as emoções expressas e que haverá fatores pessoais que se podem constituir como protetores. Assim definiram-se as seguintes questões:

- Que emoções expressam os enfermeiros perante a morte da criança?
- Existe relação entre as emoções dos enfermeiros perante a morte, a morte da criança e a morte da criança que cuida?
- Existe relação entre o sentido interno de coerência e as emoções dos enfermeiros perante a morte?

Face às questões de investigação formuladas traçamos os seguintes objetivos gerais:

- Analisar as emoções dos enfermeiros que prestam cuidados à criança perante a morte.

Para tal traçamos os seguintes objetivos específicos:

- Descrever as emoções dos enfermeiros que cuidam da criança perante a morte.
- Descrever as emoções dos enfermeiros que cuidam da criança perante a morte da criança.
- Descrever as emoções dos enfermeiros que cuidam da criança perante a morte da criança que cuida.

- Avaliar as relações entre as emoções perante a morte, a morte da criança e a morte da criança que cuida.
- Analisar a relação entre as emoções perante a morte e o sentido interno de coerência dos enfermeiros prestadores de cuidados à criança.

Para tal traçamos os seguintes objetivos específicos:

- Descrever o sentido interno de coerência.
- Analisar as relações entre as emoções perante a morte e o sentido interno de coerência.

O presente estudo tem como finalidade aumentar os conhecimentos acerca das emoções dos enfermeiros que cuidam da criança, perante a morte, e apresentar recomendações que promovam a humanização dos cuidados relativamente aos cuidadores e aos cuidados.

4.1 - Tipo de estudo

O tipo de estudo pretende dar resposta à problemática, às perguntas de partida e aos objetivos pelo que optamos por realizar um estudo quantitativo, descritivo-correlacional, exploratório e transversal:

Quantitativo – porque os dados são processados através de medidas estatísticas permitindo reduzir, resumir, organizar, avaliar, interpretar a informação numérica.

Descritivo-correlacional – porque visa caracterizar os fenómenos em estudo, descrever os fatores ou variáveis e identificar relações entre estas variáveis ou fatores.

Exploratório na medida em que pretendemos aceder a um fenómeno ainda pouco estudado e descobrir hipóteses que poderão levar a investigações posteriores.

Transversal porque os dados são colhidos num único momento.

Face ao exposto estamos perante um estudo nível II em que pretendemos explorar relações entre variáveis.

4.2 - Variáveis e sua operacionalização

O termo variável é um conceito chave no contexto das ciências sociais e quando recorremos a estudos quantitativos.

Neste tipo de investigação (mais descritiva que explicativa), “a variável encontra-se sobretudo associada a dimensões do comportamento avaliadas ou com os constructos subjacentes (traço ou traços a avaliar)” (Almeida *et al.*, 2008:53).

A fim de dar resposta aos objetivos e considerando o tipo de estudo definiram-se os seguintes grupos de variáveis:

- ✓ Caraterização sociodemográfica;
- ✓ Percurso profissional;
- ✓ Emoções dos enfermeiros;
- ✓ Sentido interno de coerência.

As variáveis demográficas referem-se às características dos enfermeiros onde se inclui: o sexo, a idade, a religião, o estado civil, o número de filhos e as habilitações académicas. Foram operacionalizadas em nominais, ordinais e quantitativas, optando-se pelos últimos sempre que adequado e possível.

No que se refere ao percurso profissional incluímos a formação profissional, a categoria profissional, o tempo de exercício profissional, o tempo de exercício profissional na área da pediatria e o serviço onde exerce funções no momento da colheita de dados. Também neste caso as variáveis foram operacionalizadas em nominais, ordinais e quantitativas, optando-se pelos últimos sempre que adequado e possível.

Para a avaliação das emoções perante a morte definiram-se as variáveis: situação de perda/morte de familiar e/ou amigo, situação de doença grave na família ou amigos, situação profissional perante a morte de adultos ou crianças tendo sido operacionalizadas como nominais dicotómicas.

Para a identificação das emoções num primeiro momento efetuou-se um estudo exploratório, em que os enfermeiros descreveram emoções perante a morte e posteriormente com base nas emoções que apresentaram maiores frequências construiu-se uma escala de *Likert* com cinco atributos em que 1 se refere a não concordo nada, 2 concordo pouco, 3 nem concordo nem discordo, 4 concordo e 5 concordo plenamente.

O sentido interno de coerência foi analisado através da escala SOC de Antonovsky (1987) na versão portuguesa de Nunes (1999). Trata-se de um diferencial semântico com sete itens em que a valores mais elevados corresponde maior sentido de coerência.

4.3- População e amostra

População é definida por Fortin (2003: 133 e 373b) como “conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação”.

Assim definimos como população o conjunto de enfermeiros do centro hospitalar Póvoa de Varzim/ Vila do Conde que têm contacto com crianças e que exercem funções nos serviços de pediatria/neonatologia, urgência ala pediátricas e consulta externa.

O centro hospitalar Póvoa de Varzim / Vila do Conde é constituído pela unidade hospitalar da Póvoa de Varzim e pela unidade hospitalar de Vila do Conde. Essas unidades correspondem aos antigos hospitais que lhe deram origem. A área de influência do centro hospitalar abrange os municípios da Póvoa de Varzim e de Vila do Conde e algumas freguesias vizinhas de outros municípios, nomeadamente de Esposende, Barcelos e Famalicão, o que corresponde a cerca de 150 000 habitantes. Na unidade da Póvoa de Varzim ficam situados os serviços de urgência e consulta externa, obstetrícia, ginecologia, pediatria, cirurgia geral e ortopedia bem como o bloco de partos e o bloco operatório, o serviço de patologia clínica e imuno-hemoterapia, a imagiologia, os serviços farmacêuticos, a esterilização, o gabinete do utente, uma sala do voluntariado e uma capela.

Na unidade de Vila do Conde está instalado um polo da consulta externa, da imagiologia, da unidade laboratorial, uma delegação dos serviços farmacêuticos, os serviços administrativos, uma delegação do gabinete do utente, uma sala do voluntariado e uma capela. Aqui se localizam a UCA e o internamento do serviço de medicina interna.

O serviço de urgência está dividido em duas áreas: adultos e pediatria. É um serviço de urgência médico-cirúrgica que comporta as especialidades de cirurgia geral, ortopedia, medicina interna, pediatria, ginecologia, obstetrícia e anestesia. O serviço tem implementado um sistema de triagem de prioridades, de forma a hierarquizar o atendimento.

O serviço de pediatria/neonatologia situa-se no 2º piso do CHPVVC - Unidade da Póvoa de Varzim, sendo composto por dois polos: pediatria e neonatologia. Estes encontram-se estruturalmente separados, mas a equipa multidisciplinar é única.

A população foi selecionada por ser a instituição onde o investigador exerce funções, pela proximidade pessoal, profissional e área de residência, procurando, desta forma, dar alguma utilidade prática aos resultados do estudo.

Para a seleção da população definimos os seguintes critérios:

- △ Ser enfermeiro a trabalhar em serviços que assistem crianças em fim de vida;
- △ Aceitar participar voluntariamente neste estudo, sendo o seu consentimento de resposta precedido de informação sobre a problemática em estudo, o âmbito e os objetivos do mesmo.

Como critério de exclusão definimos os enfermeiros que prestam cuidados imediatos e que depois não mantêm a sua prestação devido a patologia da criança sendo neste caso excluídos os enfermeiros que exercem funções no berçário.

A população de acesso é constituída por 42 enfermeiros que desempenham funções nos serviços em estudo e que se encontram em situação ativa no período de colheita de dados.

Assim, da totalidade da população (42 enfermeiros) 20 eram do serviço de pediatria/neonatologia, 12 do serviço de urgência ala pediátrica e 10 da consulta externa.

Dos 42 questionários inicialmente entregues nos vários serviços, foram respondidos 38 representando 90,5% da população, pelo que estamos perante uma amostra não probabilística e não intencional.

4.4- Instrumento de colheita de dados

A escolha do instrumento de medida tem a ver com os objetivos do estudo, as variáveis, a possibilidade de obter as medidas apropriadas às definições conceptuais, a fidelidade e a validade dos instrumentos de medida (Fortin, 2003c).

Tendo em conta os objetivos do estudo, as variáveis em estudo, a população definida e as características da amostra recorreremos ao inquérito por questionário. Este é considerado um método de recolha de dados que consiste em colocar a um conjunto de inquiridos, uma série de perguntas relativas à sua situação social, profissional ou familiar, às suas opiniões, às suas atitudes, às suas expectativas, ao seu nível de conhecimentos ou de consciência de um acontecimento ou de um problema, ou ainda sobre qualquer outro ponto de interesse para o investigador (Quivy *et al.*, 2003a).

Vários autores (Carmo *et al.*, 1998; Fortin, 2003d; Quivy *et al.*, 2003b; Polit *et al.*, 2004) consideram o questionário o instrumento aconselhado quando se pretende inquirir um grande número de sujeitos ou quando o investigador tem pouca disponibilidade a vários níveis. Cientes das suas qualidades (menos dispendioso, maior rapidez na recolha de dados, maior fidelidade nas respostas, carácter impessoal do questionário) e das suas

desvantagens (fracas taxas de resposta e a taxa elevada de dados em falta), optamos por este tipo de instrumento dado o seu preenchimento não necessitar da presença do investigador, e o anonimato e confidencialidade serem garantidos.

O questionário (Anexo 5) é constituído por um bloco de questões relativas às características sociodemográficas e outro sobre as características profissionais que foram construídos com base na revisão da literatura. Para o bloco de questões relativas às emoções foi efetuado um estudo preliminar em que se solicitou aos enfermeiros para expressarem emoções perante a morte, a morte da criança e a morte da criança que cuida (Anexo 4). Consideramos os que eram referidos em frequências iguais ou superiores a quatro, porque a partir de três já havia muita variabilidade e incluímos mais dois que tinham frequências elevadas nas emoções perante a morte em geral.

Com os dados obtidos construímos uma escala de *Likert* com cotações de um a cinco sendo que a 1 corresponde “ não concordo nada”, a 2 “concordo pouco”, a 3 “não concordo nem discordo”, a 4 “ concordo” e a 5 “ concordo plenamente”.

Para a avaliação do sentido de coerência optou-se pelo “ Questionário do sentido de coerência” de Antonovsky (1987), validado para a população portuguesa por Saboga Nunes (1999), sendo um diferencial semântico com 7 pontos, composto de 29 itens. No sentido de operacionalizar o SOC, Antonovsky identificou três dimensões: capacidade de compreensão (Ccom); capacidade de gestão (CGma) e capacidade de investimento (CImea), explanadas anteriormente. A dimensão capacidade de compreensão (Ccom) inclui os itens 1, 3, 5, 10, 12, 15, 17, 19, 21, 24, 26; esta dimensão define a maneira como a pessoa percebe os estímulos, do meio interno e externo, como informação ordenada, consistente, estruturada e clara. A dimensão capacidade de gestão (CGma) abrange os itens 2, 6, 9, 13, 18, 20, 23, 25, 27, 29; esta dimensão corresponde à percepção que a pessoa tem e desenvolve dos recursos pessoais ou sociais, que estão ao seu alcance para satisfazer as exigências requeridas pela situação de estímulo; a dimensão capacidade de investimento (CImea) comporta os itens 4, 7, 8, 11, 14, 16, 22, 28; esta dimensão diz respeito à forma como a pessoa sente que a vida faz sentido e que alguns dos problemas e acontecimentos de vida são merecedores do seu investimento de energia, interesse e compromisso. O valor SOC é o resultado da soma de todos os itens, correspondendo um valor mais alto a um maior sentido de coerência. Os itens 1, 4, 5, 6, 7, 11, 13, 14, 16, 20, 23, 25 e 27 são a inverter.

A consistência interna do Questionário do sentido de coerência foi avaliado através do Alfa de Cronbach, tendo-se revelado bom (0,885).

4.5- Procedimentos éticos e formais

A investigação com seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdades da pessoa existindo limites que o investigador não deve descorar.

Cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos foram determinados pelos códigos de ética: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e, por último, o direito a um tratamento justo e leal (Fortin, 2003e).

Assim, procurando respeitar e garantir os direitos dos participantes, cada sujeito deste estudo foi informado sobre a razão de ser do estudo, problemática, âmbito, finalidade, objetivos e instrumentos de colheita de dados, bem como a garantia do anonimato e confidencialidade dos dados. Para tal, na primeira folha anexa ao instrumento de colheita de dados (Anexo 3), foi colocado um documento informativo contendo todos os aspetos supracitados de forma a garantir o respeito pelos direitos dos inquiridos e o consentimento informado.

Para a realização do estudo foi pedida autorização ao presidente do conselho de administração da unidade de saúde (Anexo 1), a qual foi concedida (Anexo 2).

Após a autorização e parecer favorável da comissão de ética iniciou-se o estudo exploratório nos três serviços envolvidos, tendo sido enviados ao enfermeiro chefe de cada serviço, os instrumentos de colheita de dados, ficando o mesmo responsável pela sua distribuição e recolha.

O período inicialmente previsto para este procedimento era o mês de março, no entanto pela baixa participação houve necessidade de prolongar o prazo por mais um mês. A segunda fase de colheita de dados com recurso ao instrumento final decorreu nos meses de julho e agosto de 2014, com procedimentos idênticos aos adotados no primeiro momento.

4.6- Tratamento dos dados

De acordo com os objetivos e com o tipo de estudo, para o tratamento de dados, recorreremos a técnicas estatísticas adequadas.

Inicialmente os dados foram codificados de forma a permitir o tratamento estatístico. Foi efetuada a análise descritiva (distribuição de frequências, medidas de tendência central, posição, dispersão, achatamento e assimetria) conforme as variáveis quanto à escala de medida.

Quanto às medidas de associação também se teve em consideração as variáveis quanto à escala de medida utilizando-se a correlação de *Spearman*, uma vez que as emoções são avaliadas numa escala ordinal.

O nível de significância admitido foi de 5% e os dados foram tratados com o apoio do programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 20.0.

6- RESULTADOS

Neste capítulo apresentaremos os resultados, conforme os objetivos, iniciando pela análise descritiva para posteriormente se apresentar a avaliação das associações. Com a finalidade de facilitar a leitura limitamos os dados ao que achamos estritamente necessário à compreensão do estudo e procedemos ao arredondamento dos valores percentuais às décimas.

Os 38 enfermeiros que colaboraram no estudo são maioritariamente do sexo feminino (92,1%), as idades variam entre os 26 e os 58 anos, com média de $41,6 \pm 9,55$ anos e mediana de 41 anos. Considerando os grupos etários o menos representado é o de menos de 29 anos, com 10,5% dos casos e o mais representado é dos 30 aos 39 anos, com 34,2%, apresentando os restantes grupos distribuição aparentemente homogênea. Relativamente à religião predomina a católica (97,4%) e quanto ao estado civil predominam os casados (71,1%), seguindo-se os solteiros (21,1%) e separado/divorciado (7,9%). Quanto à estrutura familiar a maioria tem filhos (71,1%), predominando os casos com dois filhos (36,8%) (Tabela 1).

Tabela 1- Distribuição dos enfermeiros conforme as características sociodemográficas (n=38)

		ni	Fi
Sexo	Masculino	3	7,9
	Feminino	35	92,1
Idade	29 anos ou menos	4	10,5
	De 30 a 39 anos	13	34,2
	De 40 a 49 anos	11	28,9
	50 anos ou mais	10	26,3
Religião	Católica	37	97,4
	Outra	1	2,6
Estado civil	Solteiro (a)	8	21,1
	Casado (a)/ União de facto	27	71,1
	Separado (a)/Divorciado(a)	3	7,9
Estrutura familiar	Com filhos	27	71,1
	Sem filhos	11	28,9
Número de filhos	Um filho	10	37,0
	Dois filhos	14	51,9
	Três filhos	3	11,1

Relativamente às habilitações académicas 89,5% possui licenciatura. No que confere à formação profissional a maioria tem curso de especialização em Enfermagem (55,3%), predominando a de saúde infantil e pediatria (52,4%). Quanto à categoria profissional 71,1%) é enfermeiro e no que diz respeito ao tempo de exercício profissional este varia entre os 2 e os 38 anos com média de $19 \pm 10,07$ anos e mediana de 18 anos. Considerando os intervalos de anos de serviço o menos representado é o de mais de 30 anos (15,8%) e o mais representado é o dos 11 aos 20 anos (31,6%), encontrando-se representados com a mesma percentagem (26,3%) os grupos com menos de 10 anos e entre 21 e 30 anos. Quanto ao tempo de serviço na área da pediatria este varia entre 0 e 36 anos com média de $10,8 \pm 10$ anos e mediana de 6,5 anos. O intervalo menos representado é o de mais de 20 anos com 18,4% sendo o mais representado o intervalo até aos 10 anos (60,5%) onde estão incluídos 4 casos sem experiência. Relativamente ao serviço onde exercem funções a maioria trabalha no serviço de internamento de pediatria (47,4%) (Tabela 2).

Tabela 2- Distribuição dos enfermeiros conforme as características profissionais

(n=38)

		ni	Fi
Habilitações académicas	Bacharelato	1	2,6
	Licenciatura	34	89,5
	Mestrado	3	7,9
Formação profissional	Curso de enfermagem	17	44,7
	Curso especialização em enfermagem	21	55,3
Categoria profissional	Enfermeiro	27	71,1
	Enfermeiro especialista	9	23,7
	Enfermeiro chefe	2	5,3
Tempo de exercício profissional em anos	Até 10	10	26,3
	De 11 a 20	12	31,6
	De 21 a 30	10	26,3
	Mais de 30	6	15,8
Tempo de exercício na área da pediatria em anos	Até 10	23	60,5
	De 11 a 20	8	21,1
	Mais de 20	7	18,4

Serviço onde exerce funções	Pediatria	18	47,4
	Urgência - ala pediátrica	12	31,6
	Consulta externa	8	21,1

A situação de confrontação com perda/morte de familiar/amigo no último ano observa-se em 57,9 % dos enfermeiros. No que diz respeito à confrontação com doença grave de familiar/amigo podemos constatar que 63,2% dos enfermeiros já passou por uma situação destas. Quanto ao contacto em contexto profissional, com situações de morte ou eminência podemos constatar que 84,2% dos enfermeiros refere já ter passado por esta situação, quer em adultos quer em crianças (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição conforme a confrontação com morte, perda ou doença grave no último ano

		ni	fi
Perda/morte de familiar/amigo	Sim	22	57,9
	Não	16	42,1
Doença grave de familiar/amigo	Sim	24	63,2
	Não	14	36,8
Morte ou eminência em adultos em contexto profissional	Sim	32	84,2
	Não	6	15,8
Morte ou eminência em crianças em contexto profissional	Sim	32	84,2
	Não	6	15,8

Para a análise das emoções expressas foram atribuídos os scores: 1 para não concordo, 2 para concordo pouco, 3 para não concordo nem discordo, 4 para concordo e 5 para concordo plenamente.

Constatamos que relativamente às emoções perante a morte os scores mais elevados são atribuídos a tristeza (187), revolta (185), impotência e perda (182), vazio (181) e dor (180), enquanto os que apresentam scores mais baixos são confusão (138) e negação (141).

Quadro 1 - Distribuição dos scores das emoções perante a morte

Emoções	Emoções perante a morte
Tristeza	187
Revolta	185
Perda	182
Impotência	182
Vazio	181
Dor	180
Esperança	177
Injustiça	176
Sufrimento	174
Saudade	173
Raiva	173
Frustração	171
Angústia	171
Alívio	169
Medo	159
Culpa	156
Desilusão	155
Compaixão	155
Depressão	152
Negação	141
Confusão	138

No que diz respeito às emoções perante a morte da criança constatamos os scores mais elevados na revolta (189), tristeza e impotência (187), raiva e vazio (185), injustiça (183) e culpa e dor (180), enquanto a confusão (146) e negação (147) apresentam os scores mais baixos.

Quadro 2 - Distribuição dos scores das emoções perante a morte da criança

Emoções	Emoções perante a morte da criança
Revolta	189
Tristeza	187
Impotência	187
Vazio	185
Raiva	185
Injustiça	183
Dor	180
Culpa	180
Perda	179
Alívio	178
Frustração	176
Esperança	174
Angústia	171
Desilusão	170
Sufrimento	167
Compaixão	164
Saudade	156
Medo	152
Depressão	150
Negação	147
Confusão	146

Relativamente às emoções perante a morte da criança que cuida os scores mais elevados observaram-se na impotência (189), tristeza e revolta (188), injustiça e revolta (187) e perda e alívio (180), enquanto os que apresentam os scores mais baixos são a negação (145) e a confusão (149).

Quadro 3 - Distribuição dos scores das emoções perante a morte da criança que cuida

Emoções	Emoções perante a morte da criança que cuida
Impotência	189
Tristeza	188
Revolta	188
Injustiça	187
Raiva	187
Perda	180
Alívio	180
Dor	179
Angústia	179
Culpa	179
Esperança	178
Vazio	177
Frustração	176
Sufrimento	171
Desilusão	161
Compaixão	160
Medo	154
Depressão	154
Saudade	153
Confusão	149
Negação	145

Os scores apresentam valores idênticos, nas diferentes situações de morte, nas emoções de tristeza, revolta, impotência, dor, perda, sofrimento, compaixão, depressão, negação e esperança.

A injustiça, a frustração, a raiva, o alívio, a culpa, a desilusão, a confusão e a negação apresentam scores mais elevados nas emoções perante a morte de crianças, contrariamente o medo e a saudade apresentam scores mais elevados na morte em geral (Gráfico 2).

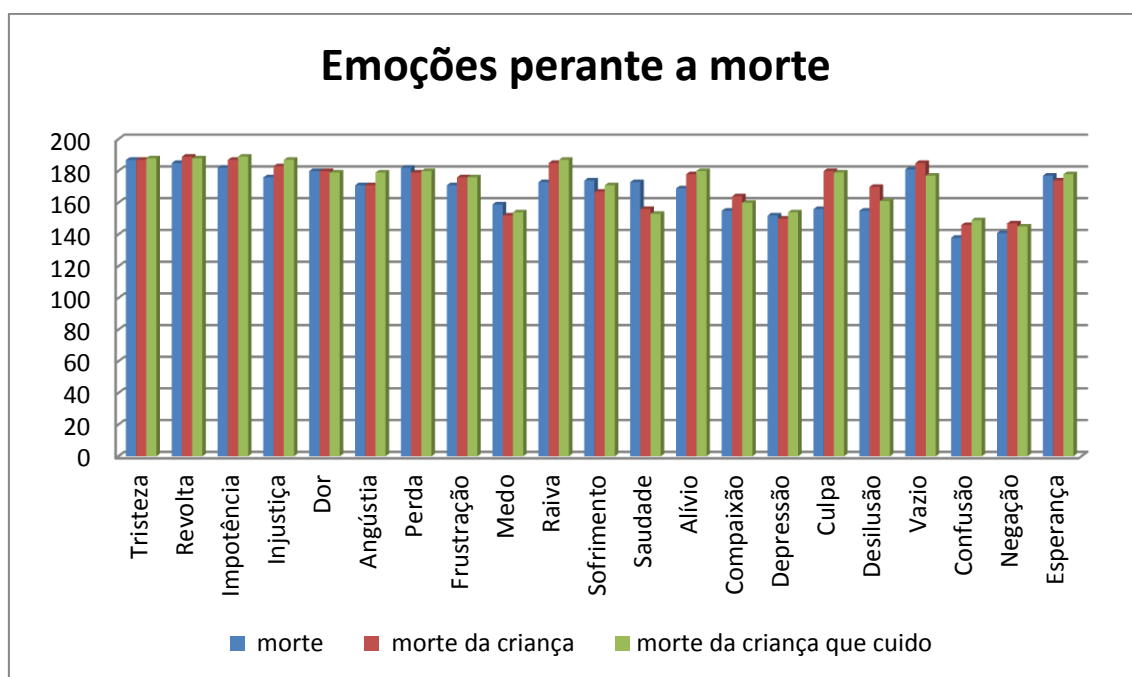


Gráfico 2 – Emoções perante a morte

Da análise da associação entre as emoções perante a morte e a morte da criança observam-se correlações estatisticamente significativas, positivas e altas para a dor ($r_s=0,729$; $\text{sig}=0,000$), moderadas para a esperança ($r_s=0,454$; $\text{sig}=0,004$) e para a revolta ($r_s=0,422$; $\text{sig}=0,008$) baixas para depressão a ($r_s=0,398$; $\text{sig}=0,013$), compaixão ($r_s=0,380$; $\text{sig}=0,019$), medo ($r_s=0,370$; $\text{sig}=0,022$), vazio ($r_s=0,356$; $\text{sig}=0,028$), confusão ($r_s=0,359$; $\text{sig}=0,027$), injustiça ($r_s=0,341$; $\text{sig}=0,036$), e impotência ($r_s=0,328$; $\text{sig}=0,045$) e não se observando correlações para as restantes emoções.

Relativamente às correlações entre as emoções perante a morte e a morte da criança que cuida observam-se correlações estatisticamente significativas positivas moderadas para a dor ($r_s=0,673$; $\text{sig}=0,000$) e baixas para a tristeza ($r_s=0,368$; $\text{sig}=0,023$) e para a frustração ($r_s=0,327$; $\text{sig}=0,045$), não se observando correlações para as restantes emoções.

No que diz respeito à associação entre as emoções perante a morte da criança e a morte da criança que cuida observam-se correlações estatisticamente significativas, positivas e altas para a tristeza ($r_s=0,805$; $\text{sig}=0,000$) e para a revolta ($r_s=0,697$; $\text{sig}=0,000$), moderadas para a dor ($r_s=0,673$; $\text{sig}=0,000$), a negação ($r_s=0,495$; $\text{sig}=0,002$) e a esperança ($r_s=0,451$; $\text{sig}=0,004$), e baixas para o sofrimento ($r_s=0,377$; $\text{sig}=0,020$), a injustiça ($r_s=0,364$; $\text{sig}=0,025$), a compaixão ($r_s=0,353$; $\text{sig}=0,030$), e a depressão ($r_s=0,351$; $\text{sig}=0,031$), e o não se observando correlações para as restantes emoções (Quadro 4).

Quadro 4 – Correlações das emoções nas diferentes situações de morte

Emoções	Morte – morte da criança	Morte - Morte da criança que cuida	Morte da criança - Morte da criança que cuida
Tristeza	0,276	0,368*	0,805**
Revolta	0,422**	0,257	0,697**
Impotência	0,328*	-0,085	-0,048
Injustiça	0,341*	0,181	0,364*
Dor	0,729**	0,673**	0,673**
Angústia	0,263	0,296	0,290
Perda	-0,045	-0,015	0,277
Frustração	0,000	0,327*	0,095
Medo	0,370*	0,249	0,210
Raiva	0,193	0,134	0,175
Sofrimento	0,253	0,107	0,377*
Saudade	-0,164	0,057	0,124
Alívio	0,075	0,276	0,215
Compaixão	0,380*	0,223	0,353*
Depressão	0,398*	0,000	0,351*
Culpa	-0,078	0,132	0,099
Desilusão	0,175	0,105	0,166
Vazio	0,356*	0,193	0,237
Confusão	0,359*	0,264	0,308
Negação	0,231	0,015	0,495**
Esperança	0,454**	0,192	0,451**

*sig<,0,05

** sig<0,01

Da análise das diferenças das emoções perante a morte conforme as enfermeiras que se confrontaram e não confrontaram com a morte de crianças em contexto profissional verificamos diferenças estatisticamente significativas no que se refere à injustiça, em que as enfermeiras que se confrontaram com a morte de criança apresentam ordenações médias inferiores às que não se confrontaram (*mean ranks* 18,19 vs 26,50), e à depressão, sendo que neste caso as enfermeiras que se confrontaram com a morte apresentam ordenações médias superiores às que não se confrontaram (*mean ranks* 21,38 vs 9,50). Para as restantes emoções não se observam diferenças estatisticamente significativas (Quadro 5).

Quadro 5 - Análise das diferenças das emoções perante a morte conforme a confrontação com a morte de crianças em contexto profissional

Emoções	Valor de teste	Sig
Tristeza	-0,771	0,441
Revolta	-1,025	0,305
Impotência	-0,283	0,777
Injustiça	-2,012	0,044
Dor	-0,420	0,675
Angústia	0,000	1,000
Perda	-1,360	0,174
Frustração	0,000	1,000
Medo	-1,137	0,255
Raiva	-0,510	0,610
Sufrimento	-1,310	0,190
Saudade	-0,604	0,546
Alívio	-0,068	0,946
Compaixão	-0,377	0,706
Depressão	-2,706	0,007
Culpa	-1,386	0,166
Desilusão	-0,429	0,668
Vazio	-0,960	0,337
Confusão	-1,446	0,148
Negação	-1,729	0,084
Esperança	-0,758	0,449

Da análise das diferenças das emoções perante a morte da criança, conforme as enfermeiras que se confrontaram e não confrontaram com a morte de crianças em contexto profissional verificamos que não se observam diferenças estatisticamente significativas (Quadro 6).

Quadro 6 - Análise das diferenças das emoções perante a morte da criança, conforme a confrontação com a morte de crianças em contexto profissional

Emoções	Valor de teste	Sig
Tristeza	-0,771	0,441
Revolta	-0,433	0,665
Impotência	-0,771	0,441
Injustiça	-1,252	0,211
Dor	-0,577	0,564
Angústia	0,000	1,000
Perda	-1,681	0,093
Frustração	-0,718	0,472
Medo	0,000	1,000
Raiva	-1,025	0,305
Sufrimento	-0,567	0,571
Saudade	-0,411	0,681
Alívio	-1,562	0,118
Compaixão	-1,529	0,126
Depressão	-0,571	0,568
Culpa	-0,577	0,564
Desilusão	0,000	1,000
Vazio	-1,025	0,305
Confusão	-0,025	0,980
Negação	-0,126	0,900
Esperança	-0,284	0,777

Da análise das diferenças das emoções perante a morte da criança que cuida, conforme as enfermeiras que se confrontaram e não se confrontaram com a morte de crianças em contexto profissional verificam-se diferenças no que se refere à compaixão, em que as enfermeiras que se confrontaram com a morte de criança apresentam ordenações médias inferiores às que não se confrontaram (*mean ranks* 18,06 vs 27,17). Para as restantes emoções não se observam diferenças estatisticamente significativas.

Quadro 7 - Análise das diferenças das emoções perante a morte da criança que cuida, conforme a confrontação com a morte de crianças em contexto profissional

Emoções	Valor de teste	Sig
Tristeza	-0,621	0,535
Revolta	-0,621	0,535
Impotência	-0,433	0,665
Injustiça	-0,771	0,441
Dor	-0,713	0,476
Angústia	-0,713	0,476
Perda	-0,577	0,564
Frustração	-0,718	0,472
Medo	-0,379	0,705
Raiva	-0,771	0,441
Sufrimento	-1,756	0,079
Saudade	-0,148	0,882
Alívio	-0,830	0,406
Compaixão	-2,164	0,030
Depressão	-0,514	0,608
Culpa	-0,729	0,466
Desilusão	-,784	0,433
Vazio	-0,758	0,449
Confusão	-1,145	0,252
Negação	-0,600	0,549
Esperança	-1,789	0,074

O sentido de coerência foi analisado através do questionário SOC de Antonovsky (1989), na versão portuguesa de Nunes (1999). Tal como refere o autor o sentido a considerar é o score total da escala, tendo sido avaliado através da média ponderada. Assim os scores do sentido de coerência variaram entre 2,68 e 6,16, com média de $4,96 \pm 0,687$ e mediana de 4,99. O percentil 25 é de 4,50 e o percentil 75 é de 5,49.

Da análise das associações entre o SOC e as emoções perante a morte observam-se correlações estatisticamente significativas, positivas e moderadas para a injustiça ($r_s=0,592$; $\text{sig}=0,000$) e baixas para a tristeza ($r_s=0,325$; $\text{sig}=0,047$), não se observando correlações entre o SOC e as restantes emoções.

Relativamente à análise das associações entre o SOC e as emoções perante a morte da criança observam-se correlações estatisticamente significativas, positivas baixas para a injustiça ($r_s=0,362$; $\text{sig}=0,025$), não se observando correlações entre o SOC e as restantes emoções.

No que diz respeito à associação entre o SOC e as emoções perante a morte da criança que cuida observam-se correlações estatisticamente significativas, negativas e moderadas para a culpa ($r_s=-0,407$; $\text{sig}=0,011$) e negativas e baixas para a confusão ($r_s=-0,388$; $\text{sig}=0,016$). Relativamente à tristeza a correlação é positiva baixa ($r_s=0,322$; $\text{sig}=0,048$), não se observando correlações entre o SOC e as restantes emoções (Quadro 8).

Quadro 8 - Correlações entre o SOC e as emoções perante a morte

Emoções	Morte	Morte da criança	Morte da criança que cuida
Tristeza	0,325*	0,111	0,322*
Revolta	0,231	0,202	-0,032
Impotência	0,218	0,200	0,007
Injustiça	0,592**	0,362*	0,120
Dor	-0,090	-0,41	-0,169
Angústia	0,113	-0,190	-0,024
Perda	-0,206	0,175	0,106
Frustração	0,019	0,124	0,127
Medo	-0,028	-0,037	0,059
Raiva	-0,039	-0,004	-0,231
Sofrimento	-0,214	-0,056	-0,072
Saudade	-0,089	0,214	0,184
Alívio	0,278	0,229	-0,005
Compaixão	0,011	0,010	0,164
Depressão	-0,057	0,112	0,002
Culpa	0,069	0,025	-0,407*
Desilusão	0,165	0,074	0,068
Vazio	-0,229	0,035	-0,179
Confusão	-0,156	-0,122	-0,388*
Negação	-0,104	-0,121	-0,193
Esperança	0,005	-0,175	-0,041

6.1- Discussão dos resultados

A morte é um tema visto sob diferentes dimensões, sem permitir afirmar verdades absolutas, pois, quando abordada, desperta curiosidade, provoca desconforto e vem sempre acompanhada de muitas perguntas para as quais se encontra a incontestável resposta de que o morrer é inevitável, intrínseco à vida e representa a certeza de que a todo nascimento associa-se um momento de fim (Rodriguez, 2005).

Na realidade trata-se de um tema rodeado de incerteza e de medo pelo imprevisível, pelo desconhecimento, no conceito dos que enfrentaram a morte como o limite da vida. Todos os atributos da morte desafiam as mais distintas culturas, as quais buscam respostas em mitos, na filosofia, na arte, na religião e na ciência para compreender o desconhecido e remediar a dor gerada pelo acontecimento (Caputo, 2008).

Para Pacheco (2004: 1c), “a morte é um fenómeno extremamente complexo: por um lado, parece estar sempre presente ao longo da nossa vida; por outro parece radicalmente ausente enquanto vivemos. A morte é simultaneamente próxima e distante”.

Mesmo que a morte faça parte do desenvolvimento humano e que adquira significados como “o ponto final da evolução” ou “o renascimento”, a sua proximidade suscita nas pessoas questões que compreendem as suas vivências e refletem a angústia existencial, permeada por sentimentos nem sempre claros e conscientes (Martins, 2006).

Desde tempos remotos, que os profissionais da saúde são incentivados a demonstrar imparcialidade sentimental e atitude neutra na relação com os pacientes e os seus familiares, com o objetivo de se protegerem quanto aos seus temores e preservarem a sua autonomia. Atualmente, os profissionais distanciam-se dos sentimentos escudando-se na negação e assumem uma postura defensiva diante de processos complexos como é sem dúvida a morte (Carvalho *et al.* cit. por Neves, 2012).

A relação que existe entre o ser humano e a morte depende do contexto psicossocial em que este se situa e resulta de múltiplos fatores interrelacionados. No que concerne à civilização ocidental, ao longo dos tempos tem sofrido grandes alterações. O homem de hoje tende transferir todas as esperanças de vida para a ciência e em particular para a medicina. Hoje a morte deixou de ser presenciada no meio familiar, com acompanhamento da família, amigos e vizinhos e até mesmo com as crianças, para ser vivenciada no hospital a partir do momento que a sua proximidade é anunciada. O

hospital passa então a ser local privilegiado para se morrer sob o olhar do saber do médico e do enfermeiro.

Assim, esta situação leva o enfermeiro a ter um contacto diário e frontal com o fim de vida, e no caso dos enfermeiros que trabalham em serviços relacionados com crianças mais concretamente com crianças em fim de vida.

Em situação de morte poucos são aqueles que se encontram preparados para encararem tal momento, o enfermeiro não foge a esta regra. São emoções de angústia, tristeza, desespero e incertezas que o enfermeiro vivencia no momento do contacto ou da eminência da ocorrência da morte. A maneira como percebemos a morte é consequência direta do modo como concebemos e vivenciamos a vida, dos nossos valores e regras, dos preconceitos e dos medos que levam à nossa incompreensão ou chegar mais além, das crenças religiosas, dos desejos ou mesmo dos nossos próprios sonhos (Oliveira *et al.* cit. por Pereira, 2013u).

Ao finalizar este trabalho, importa lembrar que o nosso objetivo era realizar um estudo que nos permitisse identificar as emoções perante a morte e avaliar as correlações entre estas e o sentido de coerência dos enfermeiros prestadores de cuidados a crianças.

Desta forma desenvolvemos o estudo com vista a que nos permitisse uma maior abordagem sobre este tema e responder à questão que formulamos:

“Qual a relação entre o SOC e as emoções vivenciadas pelos enfermeiros perante a criança em fim de vida?”

A população de acesso é constituída por 42 enfermeiros que desempenham funções nos serviços em estudo e que se encontram em situação ativa no período de colheita de dados. As categorias incluídas foram as de Enfermeiro, Enfermeiro Graduado, Enfermeiro Especialista e Enfermeiro Chefe.

Assim, da totalidade da população (42 enfermeiros), 20 eram do serviço de pediatria/neonatologia, 12 do serviço de urgência ala pediátrica e 10 da consulta externa.

Dos 42 questionários inicialmente entregues nos vários serviços, foram respondidos 38 representando 90,5% da população.

Relativamente à caracterização sociodemográfica constatamos que nos enfermeiros inquiridos se verificou uma grande predominância do sexo feminino (92,1%) sobre o

género masculino, o que era previsível, pois desde sempre que a profissão de enfermagem é exercida maioritariamente por mulheres, situação que acompanha a tendência nacional e que ainda se verifica na atualidade.

Apresentaram uma média de idades de $41,6 \pm 9,55$ e mediana de 41 anos, as idades variam entre os 26 e os 58 anos, o que nos permite constatar que nos encontramos perante uma amostra de enfermeiros jovens adultos. Da totalidade dos enfermeiros em estudo, a grande maioria (97,4%) professa a religião católica. Relativamente ao estado civil predominam os casados (71,1%). Quanto à estrutura familiar a maioria tem filhos (71,1%), predominando os casos com dois filhos (36,8%).

No concerne às habilitações académicas e percurso profissional constatamos que a maioria possui licenciatura (89,5%). Relativamente à formação profissional a maioria tem curso de especialização (55,3%), maioritariamente na área da saúde infantil e pediatria (52,4%) o que denota relação com a área onde é exercida a prática profissional. Quanto à categoria profissional a maioria é enfermeiro (71,1%) e com a atual carreira de enfermagem (Decreto-lei 248/2009) não se observa valorização salarial, nem progressão na carreira com a especialidade em enfermagem. Anteriormente com o curso de especialidade podia progredir-se para a categoria de enfermeiro especialista, o que pode ser uma das causas da elevada percentagem de enfermeiros com especialidade. Os enfermeiros têm-se pautado pela formação ao longo da vida e o curso de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria pode contribuir para maior segurança e melhor qualidade de cuidados a esta população.

Quanto ao tempo de exercício profissional verificamos que este varia entre os 2 e os 38 com média de $19 \pm 10,07$ e mediana de 18, sendo mais representativo o grupo dos 11 aos 20 anos de exercício profissional, pelo que podemos inferir que é um grupo que já não se encontra em início de carreira. Relativamente ao tempo de serviço na área da pediatria verificamos que este varia entre os 0 e os 36 anos com média de $10,8 \pm 10$ anos e mediana de 6,5 pelo que podemos inferir que é um grupo com experiência na área da pediatria. No que diz respeito ao serviço onde exerciam funções a maioria trabalha na pediatria (47,4%) pois esta é a equipa com maior número de profissionais.

Dos 38 enfermeiros da nossa amostra a maioria (57,9%) referiram já terem sido confrontados com situações e perda/morte de familiares/amigos no último ano. Relativamente à confrontação com doença grave em familiares/amigos também aqui constatamos que a maioria (63,2%) já teve contacto com estas situações. No que diz respeito ao contacto em contexto profissional com situações de morte ou eminência quer

em adultos quer em criança uma percentagem muito elevada (84,2%) refere já ter passado por essa experiência sendo a percentagem a mesma em adultos e em crianças, o que vai de encontro ao facto de os enfermeiros prestarem cuidados 24 sobre 24 horas e a previsibilidade de ocorrência de uma destas situações no seu dia-a-dia ser elevada.

Com a transferência da morte do seio da família para o hospital, os enfermeiros durante o seu percurso profissional convivem frequentemente com esta situação de perda, o que certamente faz com que estes profissionais expressem multiplicidade de emoções e encontrem recursos para se confrontarem positivamente com esta realidade

Um dos propósitos deste estudo era avaliar as emoções perante a morte dos enfermeiros que cuidavam da criança, e mais particularmente com e eventual situação da criança em fim de vida. Foram estudadas as emoções relativas à morte em geral, à morte da criança e à morte da criança que cuido e em todas as situações pudemos concluir que, nos enfermeiros em estudo, as emoções suscitadas estão muito ligadas a momentos de muito mal-estar e sofrimento, sendo identificadas com scores elevados emoções muito desconfortantes como tristeza, revolta, impotência, dor, perda, sofrimento, compaixão, depressão, negação, injustiça, frustração, raiva, culpa, desilusão e confusão e emoções do confortantes como saudade, alívio e esperança o que está de acordo com alguns estudos nomeadamente o estudo de Pereira (2013v) que numa amostra de enfermeiros da Unidade Local de Saúde da Guarda; Centro Hospitalar Cova da Beira- Covilhã; Unidade Local Saúde de Castelo Branco, e Centro Hospital Tondela – Viseu, e que tinham contacto com crianças, o autor concluiu que os enfermeiros experimentam emoções variados muito mais desconfortantes do que confortantes. Estes resultados são ainda corroborados por Batista (2008b) que num serviço de cuidados paliativos, a autora constatou que os enfermeiros experimentavam emoções variadas, tanto positivos como negativos, durante a sua prática de cuidar.

Os enfermeiros quando se confrontam com a morte expressam fundamentalmente emoções de desconforto e sofrimento, ainda que em algumas situações as emoções de maior conforto como o alívio e a esperança sejam vivenciadas pelos enfermeiros. Estas situações podem estar relacionadas com o sofrimento do doente e da família durante o processo de doença, em que a morte pode trazer mais serenidade.

As emoções desconfortantes apresentam scores mais elevados, encontram-se correlacionadas nas três situações em estudo e apresentam correlações com o SOC o que está de acordo com outros estudos nomeadamente de Teixeira (2006b) em que as emoções como a saudade, a perda, o sofrimento, a dor, a tristeza, a impotência, o vazio,

a vida, a solidão, a angústia, são muito representativas. Também Nunes (cit. por Pereira, 2013w) concluiu que os enfermeiros que prestam cuidados em situação terminal de vida, vivenciam emoções de impotência, compaixão, alívio, repulsa, culpa, frustração, raiva, aceitação, confusão, depressão, desespero, revolta, saudade, medo, solidão, tristeza, vazio e sofrimento. Moreira (2007b), num estudo com enfermeiros a cuidar de doentes oncológico na sub-região de saúde de Beja concluiu que os enfermeiros identificam sentimentos de natureza negativa nomeadamente a impotência, a insegurança, o medo, a frustração, o choque e a revolta.

Damásio (2003a) refere que as emoções e sentimentos são irmãos gémeos que permitem uma avaliação dos estados internos e das circunstâncias externas.

Tanto as emoções como os sentimentos estão omnipresentes nas situações de cuidados e influenciam muito mais do que aquilo que os profissionais habitualmente percecionam (Diogo, 2006g).

Um dos sentimentos/emoções referidos pelos enfermeiros da nossa amostra com score mais elevado (> 180) sendo inclusive referido nas três situações em estudo (morte, morte da criança e morte da criança que cuido) é a impotência. Gutierrez e Ciampone (2006d) reforçam que o enfermeiro ao enfrentar a morte de uma criança sofre muito, sentindo-se impotente com a presença da morte.

Efetivamente constata-se que os profissionais, fruto da relação de ajuda que estabelecem com os doentes, experimentam sentimentos de impotência perante a morte e têm dificuldade em gerir o processo de morrer daqueles que cuidam (Carreiras *et al.*, 2002). Segundo a OMS (2002b) a filosofia dos cuidados paliativos emergiu do sentimento de impotência e de fracasso dos profissionais de saúde perante as pessoas com doença incurável.

A tristeza apresenta scores elevados (187/188) e com correlação com o SOC. Para Damásio (2004b), a tristeza é uma emoção. É experimentada quando a pessoa se encontra nas situações de perda e desapontamento (Vaz Serra cit. por Pereira, 2013x).

A tristeza perante a criança em fim de vida pode surgir devido à capacidade que o enfermeiro tem de se identificar com o doente e consequentemente na sua dor. A mesma opinião é partilhada por Mercadier (2004d), quando refere que no hospital, a tristeza era relacionada com a morte, e tanto mais o estará quando a pessoa a cuidar for jovem.

A tristeza de familiares e do doente perante o seu próprio sofrimento afeta os enfermeiros, quer pela incapacidade de fazer algo mais, quer por laços que se criam (Mercadier, 2004e).

A morte de uma criança é um momento marcante, é uma situação que provoca uma sensação de impotência, frustração, tristeza, dor e angústia na equipa de enfermagem. A criança e o adolescente precisam de morrer bem, ou seja, devem morrer sem dor, acompanhados das pessoas que amam, dando um sentido à sua existência até ao fim, recebendo o acompanhamento adequado, bem como a sua família (Lopes *et al.*, 1999b).

A revolta também apresenta scores elevados (≥ 185). Segundo Gutierrez e Ciampone (2006e) os princípios religiosos permeiam os significados atribuídos à morte pelos enfermeiros que demonstram dificuldade em aceitar a morte da criança o que desperta sentimentos de revolta e sofrimento. Segundo Damásio (2003b), a revolta é um sentimento que advém da emoção indignação e encontra-se interligada com a impotência.

Também é referida pelos enfermeiros da nossa amostra a injustiça com scores elevados (> 176), significativamente mais elevados nas situações relativas a crianças e com correlação com o SOC. Segundo Santos, Nunes e Zélia (2007b) quando a morte ocorre em crianças é encarada como uma grande injustiça e concede especificidades emocionais particulares, quer para a família quer para os enfermeiros.

A dor e a perda são emoções que os inquiridos referiram com scores elevados (> 179), e com valores idênticos nas três situações em estudo (morte, morte da criança e morte da criança que cuida). Segundo Costa e Lima (2005e) a dor da perda são experiências especiais e individuais sendo as mais frustrantes vivências do ser humano.

A raiva e a culpa apresentam scores mais elevados (> 179) nas situações relativas à morte da criança, sendo que a culpa apresenta correlação com o SOC relativamente à morte da criança que cuida. Na fase da culpa e frustração após tomadas todas as medidas para salvar o doente, a agonia do mesmo vai-se acentuando e o profissional de enfermagem sente-se culpado e frustrado. À medida que se vê confrontado com a realidade da morte dos doentes, vê refletido, deste modo, o espectro da sua própria morte. Existem alguns fatores que contribuem para o desenvolvimento deste sentimento nomeadamente o cansaço do enfermeiro em relação ao doente e família e a inexperiência do enfermeiro (Fontes *et al.* cit. por Campos, 2010n). Segundo Vaz Serra (cit. por Pereira, 2013y), a culpa ocorre quando não alcança o imperativo moral com que se sente comprometido e que se encontra associado à emoção de vergonha, desgosto, remorsos e humilhação.

Nas emoções referenciadas pelos enfermeiros do estudo é referido também o sofrimento, quando lidam com a morte. O sofrimento sentido pelos enfermeiros do estudo apresenta um score elevado, (± 170). Para Damásio (2004c) é um sentimento que traduz um desprazer que pode variar desde um simples prazer e transitório desconforto mental, físico ou espiritual até a uma profunda angústia que pode evoluir para uma fase de desespero. Mercadier (2004f) faz referência a estudos realizados por ergonomistas e médicos de saúde ocupacional, que revelam que os enfermeiros são profundamente afetados pelo sofrimento do doente em fim de vida. Nos profissionais cuidadores, o sofrimento deve-se à compaixão, que consiste na partilha do sofrimento do outro, o facto de não conseguir libertar o doente do seu sofrimento. Constitui um limite pelo qual o profissional sofre (Honoré, 2004).

O enfermeiro perante o processo de morte sofre porque o sofrimento está inerente ao cuidar de crianças em fim de vida. Na realidade constata-se que o enfermeiro ao deparar-se com a morte de uma criança em estado terminal sofre muito, sentindo-se impotente com a inevitabilidade da morte (Gutierrez *et al.*, 2006f).

Quando a morte ocorre em crianças é encarada como uma grande injustiça e concede especificidades emocionais particulares, quer para a família quer para os enfermeiros. A morte da criança é interpretada como suspensão no seu período biológico e isso promove nos profissionais de enfermagem sentimentos de incapacidade, frustração, tristeza, dor, sofrimento e angústia (Santos *et al.*, 2007c).

Quando cuida de pacientes nessa faixa etária, o profissional de saúde corre o risco de estabelecer um vínculo afetivo que assume a forma de sentimento que quando é interrompido, como na presença da morte, provoca sofrimento e sentimento de perda, que é uma resposta esperada frente à separação. Os sentimentos de angústia, de frustração, de medo e a falta de preparação de alguns enfermeiros em lidar com o processo de morte e morrer desses pacientes, muitas vezes, é mencionado como uma falha do curso base, que não prepara esses profissionais para a dura rotina dos hospitais, que é viver em comum com o sofrimento alheio (Costa *et al.*, 2005f),

Constatamos que os participantes do estudo referem ainda uma diversificação de emoções perante a morte, na realidade os enfermeiros na sua prática de cuidar vivenciam emoções confortantes e desconfortantes. Damásio (2003c) explica que as emoções se conjugam, umas com as outras, encaminham-se para os sentimentos e misturam-se com outros sentimentos.

Constatamos que os enfermeiros participantes deste estudo apresentam emoções confortantes como compaixão, saudade, alívio e esperança.

Segundo Goleman (2006e), o alívio é uma emoção. Para Lazarus (cit. por Pereira, 2013z), trata-se da emoção mais simples de todas, que ocorre após se ter concretizado uma ameaça, ou as condições terem sido modificadas. No nosso estudo o score é mais elevado nas situações de crianças relativamente às dos adultos., o que pode estar relacionado com menor carga de trabalho para as famílias e u período mais curto de sofrimento.

Outro sentimento/ emoção que se encontra correlacionado com a morte da criança que cuido é a confusão. A morte da criança é interpretada como suspensão no seu período biológico e isso promove nos profissionais de enfermagem sentimentos de incapacidade, frustração, tristeza, dor, sofrimento, confusão e angústia (Santos *et al.*, 2007d).

Segundo Costa e Lima (2005g) para a equipe de enfermagem a morte é a maior “destruidora” do seu trabalho uma vez que, de maneira geral, são preparados para cuidar somente da vida. Esses profissionais demonstram que lidar com a situação de morte é difícil e dolorosa. A morte provoca um sentimento de perda e, ao mesmo tempo, um sentimento de conforto, pois, apesar de sentir que a vida está indo, mas que aquela pessoa irá ficar livre dos seus sofrimentos.

Quando analisamos as emoções dos enfermeiros tendo em consideração o facto de já se terem confrontado ou não com situações de morte de crianças em contexto profissional constatamos que as enfermeiras que se confrontaram com a morte de criança menos sentimentos de injustiça perante a morte, o que pode decorrer da aceitação com mais naturalidade desta situação, como inerente ao normal desenvolvimento do ciclo vital. No entanto apresentam valores mais elevados na depressão, o que poderá indicar que a morte, ainda que previsível e esperada, é causadora de sofrimento, alteações psicológicas, pelo que redes de suporte nos serviços com profissionais com formação específica, sobretudo naqueles em que a morte é frequente, devem ser asseguradas.

Também a compaixão é vivenciada de forma distinta pelas enfermeiras que se confrontaram com a morte de criança. Estas apresentam scores inferiores o que poderá estar relacionado com o facto de que sentem com mais intensidade a perda para as famílias e ainda que eventualmente a morte de um filho possa trazer algum alívio para os cuidadores, a perda para as famílias pode ser difícil de ultrapassar.

No entanto os enfermeiros necessitam de encontrar estratégias para que a morte não seja entrópica e com implicações na qualidade dos cuidados

Nesta perspectiva o sentido interno de coerência é para Antonovsky, referido por Saboga Nunes (1999t) elemento influenciador das estratégias de gestão de *stress*, em que um SOC elevado aproxima o indivíduo da máxima funcionalidade, enquanto um SOC baixo está relacionado com os indicadores reveladores de uma precária gestão da saúde. No presente estudo para mais de 75% dos enfermeiros o score de score é superior ao ponto médio do diferencial, o que denota elevado sentido de coerência.

Constata-se que as enfermeiras com sentido de coerência mais elevado apresentam scores mais elevados no que se refere às emoções de injustiça e tristeza independentemente da morte ser do adulto, da criança ou da criança que é cuidada pelo enfermeiro. Esta situação pode estar relacionada com o facto de serem emoções que estão normalmente presentes em todos os seres humanos quando se confrontam com situações de levado sofrimento.

Por outro lado observam-se associações negativas entre o sentido de coerência e as emoções perante a morte da criança que o enfermeiro cuida nomeadamente no que se refere à culpa, e à confusão, o que parece indiciar que os enfermeiros tentam assegurar os melhores cuidados ao longo do ciclo vital e não será pelo facto da morte poder ser eminente que os enfermeiros descuram o cuidado. Esta constatação leva a pensar que se sentem confortáveis com a sua consciência, prestando medidas de conforto no fim de vida.

O sentido interno de coerência poderá ser um importante recurso pessoal que se desenvolvido facilita a gestão das adversidades.

7- CONCLUSÃO

Ao finalizar este trabalho, importa relembrar que foi nosso objetivo analisar a relação entre as emoções perante a morte e o sentido interno de coerência dos enfermeiros prestadores de cuidados a crianças.

Os cuidados de enfermagem baseiam-se numa visão holística do ser humano, ou seja, baseiam-se na relação permanente com o outro que passa também pela expressão de emoções. Este é um dos alicerces essenciais à prática dos cuidados de enfermagem à criança em fim de vida.

Cuidar, é estar solícito para o outro, é uma forma de empatia, em que valores como a paciência, honestidade, humildade, coragem, confiança, compreensão e a atenção devem estar sempre presentes.

Na realidade muitas das emoções desconfortantes para os enfermeiros que cuidam de crianças em fim de vida, são devidas ao sofrimento destas e dos seus familiares.

A prestação de cuidados à criança em fim de vida, onde o contacto com o sofrimento e o processo de morte está inegavelmente presente, pode ter efeitos nocivos nos enfermeiros e pode ser um fator gerador de emoções desconfortantes que podem influenciar ou ser influenciadas pelo sentido interno de coerência.

Assim, no presente estudo, procuramos dar resposta à seguinte questão:

“Qual a relação entre o SOC e as emoções vivenciadas pelos enfermeiros perante a criança em fim de vida?”

O nosso estudo permite tirar ilações relativamente às emoções vivenciadas pelos enfermeiros. Observamos através da escala de emoções construída para o efeito que as emoções com scores mais elevados são as desconfortantes nomeadamente impotência, tristeza, revolta, injustiça, raiva e perda. Também foram referidas emoções confortantes com scores mais elevados nomeadamente alívio, compaixão e esperança. As emoções que tiveram scores mais baixos foram confusão, negação e depressão.

Da análise das correlações entre as emoções perante a morte e a morte da criança constatamos a ocorrência de correlações estatisticamente significativas positivas e altas para a dor, moderadas para a revolta e para a esperança, baixas para a impotência, medo, compaixão, depressão, vazio e confusão, não se observando correlações para os restantes emoções. Relativamente à análise das correlações entre as emoções perante a morte e a morte da criança que cuido constatamos a existência de correlações estatisticamente positivas moderadas para a dor e baixas para a tristeza, e para a frustração.

No que diz respeito à análise das correlações entre as emoções perante a morte da criança e a morte da criança que cuida constatamos que se verificavam correlações estatisticamente significativas positivas, altas para a revolta e para a tristeza, moderadas para a esperança, a negação e a dor, baixas para a depressão, a compaixão, a injustiça e o sofrimento.

Da análise das correlações entre o SOC e as emoções perante a morte observam-se correlações estatisticamente significativas positivas e moderadas para a injustiça e baixas para a tristeza.

Relativamente à análise das correlações entre o SOC e as emoções perante a morte da criança observam-se correlações estatisticamente significativas positivas baixas para a injustiça.

No que diz respeito à análise das correlações entre o SOC e as emoções perante a morte da criança que cuida observam-se correlações estatisticamente significativas negativas e moderadas para a culpa e negativas baixas para a confusão, enquanto para a tristeza a correlação é positiva baixa.

Sem querermos ser pretensiosos foi nosso propósito desenvolver um estudo que de alguma forma trouxesse algum conhecimento para a profissão de enfermagem, dentro da temática: as emoções dos enfermeiros perante a criança em fim de vida. Neste sentido os resultados obtidos vêm de certa maneira clarificar que tipo de emoções despertam nos enfermeiros perante a criança em fim de vida, intensificam as emoções pelo que estamos cientes de ter contribuído para um aumento de conhecimento essencial nesta área tão nobre como é a prestação de cuidados de enfermagem à criança em fim de vida sem esquecer a sua família.

O enfermeiro sendo como qualquer outra pessoa um ser humano comum, está também sujeito às suas vivências pessoais, do seu quotidiano, aos padrões sociais e influências sociais. Estamos cientes de que o que seria mais importante era que todos os enfermeiros tivessem consciência do que representa a morte para si enquanto pessoa e profissional de enfermagem e fizessem uma introspeção acerca da importância de nunca esquecer a sua condição humana e que a vida é um ciclo no qual se verifica o nascer, o crescer e o morrer e que apesar de todos os avanços tecnológicos o homem ainda não consegue alterar esse ciclo pelo que é aconselhável que se prepara para o aceitar em vez de tentar alterar o seu curso.

No final deste estudo, julgamos que os objetivos inicialmente delineados foram atingidos ainda que sujeito a condicionalismos e algumas limitações consideradas importantes como:

- A pequena dimensão da amostra;
- A distribuição não homogénea dos sujeitos em relação ao sexo, havendo um número muito reduzido de homens;
- A pouca representatividade no estudo de outras religiões que não a católica;
- Situações de doença do investigador que condicionaram situações de internamento hospitalar;
- A dimensão da amostra que não permitiu tratamento estatístico mais robusto da escala das emoções, nomeadamente análise fatorial.

Com base nos resultados do estudo será importante a sua continuação, com uma amostra de maior dimensão e com enfermeiros que se confrontem com mais frequência com o sofrimento extremo e com a morte, com por exemplo em serviços de oncologia

Sendo o enfermeiro um ser humano dotado de emoções e que não as pode deixar à porta do hospital sempre que vai trabalhar e atendendo a que estas emoções podem influenciar as suas relações interpessoais, o seu comportamento e a sua reação perante a sua rotina diária. Sendo assim, acreditamos que as emoções do enfermeiro perante a criança em fim de vida, vão refletir-se no seu comportamento e atitudes, mas ao mesmo tempo na prestação dos cuidados de enfermagem.

Refletir sobre a morte na criança é, para nós, uma certeza de que é uma questão importantíssima e que ajudará os enfermeiros a compreender e rever as suas atitudes, os seus comportamentos, ultrapassar o medo, sentir-se mais seguro aceitando o facto com naturalidade e compreendendo-a como uma fase integrante do ciclo vital evitando assim o pensamento de que é algo dramático, uma derrota ou mesmo humilhação. Neste caso, julgamos ser importante criar referências para um exercício profissional eficaz, refletindo acerca do que fazemos, as dificuldades existentes no quotidiano pessoal e profissional. Quem lida com a criança em fim de vida incorpora, sem dúvida, uma das maiores dificuldades com a qual o enfermeiro se confronta.

Se considerarmos a morte como um tema muito vasto e místico restou-nos muito para investigar e estas conclusões representarão um diminuto degrau nesta área. Desta forma, sem perder a noção da nossa inexperiência na área da investigação, afirmamos que demos um grande passo, para o nosso enriquecimento profissional e para o conhecimento de nós próprios, apesar da nossa vasta experiência profissional. Indo de

encontro a esta ideia, consideramos que este estudo deverá contribuir para um acréscimo de valor no que respeita a atitudes, comportamentos e práticas relativas ao enfermeiro que cuida de crianças em fim de vida.

Tendo em conta a reflexão efetuada e os resultados obtidos neste estudo é nosso objetivo sugerir a criação de espaços de escuta em grupos e formação dos profissionais de saúde com o objetivo de partilhar o sofrimento. Nestas atividades formativas pretende-se promover a análise do trabalho realizado, o questionamento, a confrontação, a partilha e a divergência de opiniões que permitirão à equipa problematizar as suas ações e consciencializar sobre os seus conhecimentos nesta área tão delicada como é a morte.

8- REFERÊNCIAS

- Abreu C, Cangelli R: A abordagem cognitivo-construtivista de psicoterapia no tratamento da anorexia nervosa e bulimia nervosa. *Rev. bras. ter. cogn.* 1 n.1; 2005: 45-58.
- Almeida L, Freire, T: Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação 5ªed, Psiquilíbrios Edições, Braga, 2008.
- American Nursing Leaders: Advanced practice nurses role in paliative care: a position Statement from American Nursing Leaders, 2002.
- Andrade T: Atitudes Perante a Morte e o Sentido de Vida em Profissionais de Saúde. Dissertação para obtenção do grau de doutor em Psicologia Clínica, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2007.
- Andreani G, Custódio Z, Crepaldi M: Tecendo as redes de apoio na prematuridade. *Aletheia* n.24; 2006: 115-126.
- Araújo C: Sentido de coerência em pessoas com diabetes de tipo 2 - autocuidado e controlo metabólico. Dissertação apresentada para obtenção do grau de mestre em Saúde Pública, Escola nacional de Saúde Pública, Universidade nova de Lisboa, Lisboa, 2010.
- Associação Nacional de Cuidados Paliativos: Recomendações para a organização de serviços de cuidados paliativos- ANCP, 2006.
- Atkinson L, Murray M: Fundamentos de enfermagem: introdução ao processo de enfermagem, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1989.
- Ballone G: Da Emoção à Lesão, PsiqWeb, 2007. Disponível em: URL <<http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=25>>
- Batista P: Stress e coping nos enfermeiros dos cuidados paliativos em oncologia, Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Oncologia, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto, 2008.
- Beja M, Franco M: Expressividade emocional e perspectivas sobre a morte em alunos do ensino superior, *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, INFAD Revista de Psicología, 4 n.1; 2011: 153-160.
- Benincá C: Apoio psicológico ao enfermeiro diante da morte: estudo fenomenológico. Dissertação apresentada para obtenção do grau de doutor em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002.
- Benner P: De iniciado a perito, Quarteto, Coimbra, 2001.
- Bernieri J, Hirdes A: O preparo dos académicos de enfermagem brasileiros para

- vivenciarem o processo de morte / morrer. *Texto Contexto – Enfermagem* 1 n.16; 2007: 89-96.
- Boemer M, Valente S: A sala de anatomia enquanto espaço de convívio com a morte, *Rev. Brasil. Enfermagem*, Brasília 5 n.1; 2000: 99-108.
 - Brêtas J, Oliveira J, Yamaguti, L: Reflexões de estudantes de enfermagem sobre morte e o morrer. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 40 n.4; 2006: 77-83.
 - Campelos I: A ansiedade e o medo da morte nos profissionais de saúde, Monografia apresentada para obtenção do grau de licenciada em Psicologia Social e do Trabalho, Universidade Fernando Pessoa - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Porto, 2006.
 - Campos C: Relação Supervisiva no Processo de Morte em Pediatria: Ajudar os que ajudam a lidar com a morte de uma criança. Dissertação apresentada para obtenção do grau de mestre em Supervisão, Universidade de Aveiro, 2010.
 - Caputo R: O homem e suas representações sobre a morte e o morrer: um percurso histórico. *Rev Saber Acad* n.6; 2008: 73-80.
 - Carapinheiro G: Saberes e Poderes no Hospital- Uma sociedade dos Serviços Hospitalares, Edições Afrontamento, Porto, 1993.
 - Carmo H, Ferreira M: Metodologia da Investigação: Guia para Auto aprendizagem, Universidade Aberta, Lisboa, 1998.
 - Carreiras E, Arraiolos N: O Enfermeiro perante o doente que morre. *Nursing* n.168; 2002: 21-24.
 - Carrondo E: Formação profissional de enfermeiros e desenvolvimento da criança: contributo para um perfil centrado no paradigma salutogénico. Dissertação apresentada para obtenção do grau de doutor em Educação Básica, Instituto de estudos da criança, Universidade do Minho, 2006.
 - Carvalho G, Lopes S: Satisfação profissional do enfermeiro numa unidade de emergência de um hospital geral. *Arquivos ciências da saúde* 13 n.4; 2006: 215-219.
 - Collière M: Cuidar a primeira arte da vida, Lusociência, Loures, 2003.
 - Collière M: Promover a vida- da prática das mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem, Lidel e Sindicato Dos Enfermeiros Portugueses, Lisboa, 1999.
 - Costa A *et al.*: Escute-me Sra Enfermeira, *Revista Enfermagem em foco* n.50; 2003: 26-27.
 - Costa J *et al.*: O enfermeiro frente ao paciente fora de possibilidades terapêuticancológicas: uma revisão bibliográfica. *Vita et Sanitas*, Trindade/Go, 2 n.2; 2008: 150-161.

- Costa J, Lima, R: Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 13 n.2; 2005: 151-7.
- Cruz C *et al.*: O "pacote" e a enfermagem: análise crítica de uma cena de morte. *Brasil, Enfermagem, Brasília* 3 n.53; 2000: 467-471.
- Damásio A: *Ao Encontro de Espinosa: As emoções sociais e a neurologia do sentir*, Publicação Europa América, Mem Martins, 2003.
- Damásio A: *O Erro de Descartes, Emoção, Razão e Cérebro Humano* 15ªed., Publicação Europa América, Mem Martins, 1995.
- Damásio A: *O Sentimento de Si: O Corpo, a Emoção e a Neurobiologia da Consciência*, 15ª ed., Publicações Europa América, 2004.
- Diogo P: *A vida emocional do enfermeiro – Uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados* 1ªed., Formasau – Formação e Saúde, Lda, Coimbra, 2006.
- Fernandes M, Mota M: *A morte em unidade de Terapia Intensiva: percepções dos enfermeiros*. *Rev. Rene* 7 n.1; 2006: 43-71.
- Ferreira A: *Sentido interno de coerência e bem-estar psicológico nos enfermeiros prestadores de cuidados a doentes hemato-oncológicos*, Hospitais da Universidade de Coimbra, 2007.
- Figueiredo R: *A pessoa em fim de vida o hospital: Modelos de cuidados que emerge da documentação de enfermagem*. Dissertação para obtenção ao grau de mestre em Ciências de enfermagem, Universidade do Porto, Instituto de ciências biomédicas Abel Salazar, Porto, 2007.
- Fortin M: *O Processo de Investigação: da concepção à realização* 3ªed., Lusociência, Loures, 2003.
- Gama M: *O luto profissional nos enfermeiros*. Dissertação apresentada para obtenção do grau de doutor em Enfermagem, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, 2013.
- George F: *Histórias de Saúde Pública*, artigo de revisão, Lisboa, 2011.
- Goleman D: *Inteligência Emocional* 9ªed., Temas e debates, Lisboa, 2006.
- Goleman D: *Trabalhar com Inteligência Emocional*. Temas e debates, Lisboa, 1999.
- Gregório F: *Competência emocional e satisfação profissional dos enfermeiros*. Dissertação apresentada para a obtenção do grau de mestre em Psicologia e Especialização em Psicologia da Saúde, Faculdade de ciências sociais e humana-universidade do Algarve, Escola superior de educação de Beja- Instituto politécnico de Beja, Faro, 2008.

- Gutierrez B, Ciampone M: Profissionais de enfermagem frente ao processo de morte e morrer em unidades de terapia intensiva, *Ata Paul Enfermagem* 4 n.19; 2006: 456-461.
- Hesbeen W: Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar, Lusociência, Loures, 2001.
- Honoré B: Cuidar: Persistir em conjunto na existência, Lusociência, Loures, 2004.
- Kéroutac S *et al.*: El pensamiento enfermero. Masson S.A., Barcelona, 1996.
- Kovács M: Paciente terminal e a questão da morte *in* Morte e desenvolvimento humano. Casa do Psicólogo, São Paulo, 2002.
- Kovács M: Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, 34 n.4; 2010: 420-429.
- Kovács M: Educação para a morte. *Psicologia Ciência e Profissão*, São Paulo, 25 n.3; 2005: 484-497.
- Kovács M: Instituições de saúde e a morte. Do interdito à comunicação. Instituto de Psicologia da USP, *Psicologia: ciência e profissão*, 31 n.3; 2011: 482-503.
- Kubler-Ross E: Sobre a morte e o morrer, Martins Fontes, São Paulo, 1996.
- Lopes L, Camargo B, Furrer A: Aspectos da humanização no tratamento de crianças na fase terminal. *Pediatria Moderna*, São Paulo, 35 n.11; 1999: 894-901.
- Lopes R: As emoções. *Psicologado - Artigos de Psicologia*, 2011.
- Magalhães J: Cuidar em fim de vida; experiências durante a formação inicial de enfermagem. *Coisas de ler*, Lisboa, 2009.
- Martins M: Reflexões sobre Relações Interpessoais ao Cuidar o Doente Terminal. *Revista Servir*, Lisboa, 44 n.6; 1996: 283-290.
- Martins M: Sentimentos e emoções no comportamento humano 2013. Disponível em: URL<<http://pt.slideshare.net/mgtmartins/01-sentimentos-e-emoes-no-comportamento-humano>>.
- Martins T: Concepções de morte e estratégias de enfrentamento: um estudo com crianças de 6 a 10 anos com e sem experiência de perda por morte recente, Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Psicologia, apresentada à Universidade Federal do Espírito Santo, Espírito Santo, 2006.
- Mercadier C: O Trabalho Emocional dos Prestadores de Cuidados em Meio Hospitalar: o Corpo. Âmago da interacção prestador de cuidados-doente, Lusociência, Loures, 2004.
- Moreira C: Os sentimentos/dificuldades dos enfermeiros face ao doente oncológico em fase terminal no domicílio e a sua interferência no cuidar, Dissertação para obtenção do grau de mestre em ciências da educação – especialização em educação e formação de adultos, Escola Superior de Educação, Beja, 2007.

- Neves R: A morte sob a ótica do acadêmico de enfermagem do CESBA/UEMA. Monografia apresentada para obtenção do grau de bacharelato em Enfermagem, Centro de Estudos Superiores de Balsas, Universidade Estadual de Maranhão, Brasil, 2012.
- Norton L, Bento M: Epidemiologia do Cancro Pediátrico, IPO Porto, 2007.
- Ordem dos Enfermeiros: Código Deontológico do Enfermeiro, Ordem dos Enfermeiros: 91, Lisboa, 2003.
- Organização Mundial de Saúde: Saúde21: saúde para todos no século XXI, uma introdução, Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda, Loures, 2002.
- Pacheco S: A morte no ciclo vital: perspectiva da enfermagem. Ordem dos enfermeiros: VI Seminário do Conselho Jurisdicional 20, 2006: 31-34.
- Pacheco S: Cuidar a pessoa em fase terminal: Perspetiva Ética, Lusociência, Loures, 2004.
- Pais-Ribeiro J: Introdução à Psicologia da Saúde 2ªed., Quarteto, Coimbra, 2007.
- Palú L, Labronici L, Albini L: A morte no cotidiano dos profissionais de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva, Cogitare Enfermagem 9 n.1; 2004: 33-41
- Pereira A: Stresse e doenças: Contributos da Psicologia da Saúde na última década *in* Perspectivas em Psicologia da Saúde. Quarteto Editora, Coimbra, 2006.
- Pereira C: As emoções dos enfermeiros perante a criança em fim de vida. Dissertação apresentada para obtenção do grau de mestre do curso de mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, Escola Superior de Saúde, Guarda, 2013.
- Pinto A: Psicologia Geral, Universidade Aberta, Lisboa, 2001.
- Poles K, Bousso R: A enfermeira e a família no processo de morte da criança: evidências do conhecimento. Artigo de pesquisa, Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped., 4 n.1; 2004: 11-18.
- Poles K, Bousso R: Compartilhando o processo de morte com a família: a experiência da enfermeira na UTI. Latino am. 2 n.14; 2006: 38-45.
- Polit D, Hungler B: Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização 5ªed., Artmed, Porto Alegre, 2004.
- Queirós P: Burnout no Trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses, Formasau, Coimbra, 2005.
- Quivy R, Campenhoudt L: Manual de Investigação em Ciências Sociais 3ªed., Editora Gradiva, Lisboa, 2003.
- Rodrigues A: Dificuldades sentidas pelos enfermeiros que lidam com doentes portadores de cancro, Nursing, Revista de formação contínua em enfermagem n.198; 2005:30-37.
- Rodriguez C: O que os jovens têm a dizer sobre a adolescência e o tema da morte?,

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Psicologia Escolar e Desenvolvimento Humano, apresentada à Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

- Rudge A: Angústia e Pensamento, *Psique* 9 n.15; 2005 37-48.
- Saboga Nunes L: O sentido de coerência, Dissertação apresentada para obtenção do grau de mestre em Saúde Pública I, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 1999.
- Santos C, Nunes A, Zélia A: Atitudes dos enfermeiros perante a Criança em Fase Terminal da Vida, 2007.
- Santos C: Psicofisiologia das Emoções Básicas: Estudo Empírico com Toxicodependentes em Tratamento. Dissertação apresentada para obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2009.
- Silva A, Ruiz E: Cuidar, morte e morrer: significações para profissionais de enfermagem. *Revista Estudos de Psicologia, Campinas*, 20 n.1; 2003: 15-25.
- Silva S: O enfermeiro(a) no serviço de medicina: experiências vivenciadas durante o processo de comunicação com a pessoa com doença em fase terminal e seu significado. Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em Cuidados Paliativos, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, 2012.
- Teixeira F: Representações Sociais da Morte em Enfermeiros: Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Comunicação em Saúde, apresentada à Universidade Aberta, Lisboa, 2006.
- Vieira M: Ser enfermeira: da compaixão à proficiência 2ªed., Universidade Católica Editora, Lisboa, 2008.
- Watson J: Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem, Lusociência, Loures, 2002.
- Whaley L, Wong D: Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efectiva, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1989.

9- ANEXOS

**Anexo 1 – Pedido de autorização formal à instituição para aplicação do
questionário**

**Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração
do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/ Vila do Conde**

Maria Zulmira Mineiro Agra Peixoto, enfermeira do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde actualmente a exercer funções no serviço de Urgência, Ala Pediátrica, a frequentar o IV Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos, na faculdade de Medicina da Universidade do Porto pretende desenvolver um projecto de investigação intitulado “*As emoções dos enfermeiros face à criança em fim de vida*”.

Tendo em consideração que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, enfrentam todos os dias a morte e, independentemente da experiência profissional e de vida, quase todos a encaram com um certo sentimento de incerteza, desespero e angústia. Os profissionais que trabalham em pediatria, sentem ainda mais um clima tenso, desconfortante, quando há alguma criança gravemente doente, que corre risco de morte ou já com prognóstico reservado, ou quando se deparam com uma situação sem solução como é o caso das crianças que já entram cadáveres no serviço de urgência. Nestas situações sente-se que toda a equipa trabalha de uma maneira diferente. Às vezes, parecem distantes, angustiados, pensativos, stressados, calados ou verbalizando demais, e até mesmo tristes. Pensamos que esse clima ocorre por um sentimento de medo da morte, que também é o sentimento que mais nos inquieta. Esse medo é encoberto pelo modelo biomédico predominante.

Com este estudo pretendemos contribuir para reflexão sobre esse medo e o conhecimento das emoções dos enfermeiros ligados directamente a crianças na sua prática diária.

Assim vimos por este meio pedir a V^a Exa. autorização para realizar este estudo com a colaboração dos enfermeiros do serviço de urgência ala pediátrica, serviço de pediatria e consulta externa, **não se prevendo interferir com o normal desenvolvimento do funcionamento do serviço.**

Declaramos que os dados colhidos com a aplicação do questionário são utilizados exclusivamente para fins académicos, respeitando a confidencialidade e o anonimato dos intervenientes conforme determina a Lei n.º 67/98 de 26 de Outubro.

Enviamos em anexo formulário de proposta de projecto de investigação enviado à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e Instrumento de colheita de dados.

Póvoa de Varzim, 11 de Fevereiro de 2014

O enfermeiro

**Anexo 2 – Autorização formal da instituição para aplicação do
questionário**

CENTRO HOSPITALAR
PÓVOA DE VARZIM/VILA CONDE, EPE
SECRETARIADO DO C.A.

REGISTO N.º: 287 DATA: 12-02-14

Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração
do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/ Vila do Conde

Dr. Henrique Machado Capelas
Presidente do Conselho de Administração

Maria Zulmira Mineiro Agra Peixoto, enfermeira do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde actualmente a exercer funções no serviço de Urgência, Ala Pediátrica, a frequentar o IV Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos, na faculdade de Medicina da Universidade do Porto pretende desenvolver um projecto de investigação intitulado "As emoções dos enfermeiros face à criança em fim de vida".

Tendo em consideração que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, enfrentam todos os dias a morte e, independentemente da experiência profissional, e de vida, quase todos a encaram com um certo sentimento de incerteza, desespero e angústia. Os profissionais que trabalham em pediatria, sentem ainda mais um clima tenso, desconfortante quando há alguma criança gravemente doente, que corre risco de morte ou já com prognóstico reservado, ou quando se deparam com uma situação sem solução como é o caso das crianças que já entram cadáveres no serviço de urgência. Nestas situações sente-se que toda a equipa trabalha de uma maneira diferente. Às vezes, parecem distantes, angustiados, pensativos, stressados, calados ou verbalizando demais, e até mesmo tristes. Pensamos que esse clima ocorre por um sentimento de medo da morte, que também é o sentimento que mais nos inquieta. Esse medo é encoberto pelo modelo biomédico predominante.

Com este estudo pretendemos contribuir para reflexão sobre esse medo e o conhecimento das emoções dos enfermeiros ligados directamente a crianças na sua prática diária.

Assim vimos por este meio pedir a Vª Exa. autorização para realizar este estudo com a colaboração dos enfermeiros do serviço de urgência ala pediátrica, serviço de pediatria e consulta externa, não se prevendo interferir com o normal desenvolvimento do funcionamento do serviço.

Declaramos que os dados colhidos com a aplicação do questionário são utilizados exclusivamente para fins académicos, respeitando a confidencialidade e o anonimato dos intervenientes conforme determina a Lei n.º 67/98 de 26 de Outubro.

Enviamos em anexo formulário de proposta de projecto de investigação enviado à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e Instrumento de colheita de dados.

Póvoa de Varzim, 11 de Fevereiro de 2014

O enfermeiro

Maria Zulmira Mineiro Agra Peixoto

Anexo 3 – Consentimento Informado

Caro colega:

Sou uma enfermeira do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, a frequentar o IV Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

O presente instrumento de colheita de dados integra-se num projecto de Investigação sobre a temática “**As emoções dos enfermeiros face à criança em fim de vida**”, assim solicito a sua preciosa colaboração no sentido do preenchimento do mesmo.

É importante que responda a todas as questões formuladas, a resposta é simples, pois não existem respostas certas ou erradas, qualquer resposta possível é correta.

Todas as respostas são anónimas e confidenciais e utilizadas unicamente para fins académicos e cujos resultados serão colocados à disposição dos interessados.

Após preenchimento, agradeço que coloque o seu questionário no respetivo envelope fechado e que este seja entregue ao Exmo. Enfermeiro Chefe do seu serviço.

Grato pela sua compreensão e imprescindível colaboração.

A enfermeira:

Anexo 4 – Questionário 1

PARTE I

Este questionário não levará muito tempo a responder. **Escolha uma e apenas uma resposta.** Responda, colocando uma cruz (X) na quadrícula que achar mais correta ou escrevendo nos espaços destinados para o efeito.

1 - Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

2 – Idade Anos

3 - Religião: Católica ☐
Testemunhas de Jeová ☐
Outra ☐ Qual _____

4 - Estado Civil:
Solteiro(a) ☐
Casado(a)/União de facto ☐
Separado(a)/ Divorciado(a) ☐
Viúvo(a) ☐

5- Tem filhos? Sim ☐ Não ☐
Se sim quantos _____ n° de filhos
Com que idades?
1º filho _____ anos
2º filho _____ anos
3º filho _____ anos

6 - Habilitações Académicas:
Bacharelato ou equivalente legal ☐
Licenciatura ou equivalente legal ☐
Mestrado ☐
Doutoramento ☐

7 – Formação profissional:
Curso de enfermagem ou equivalente legal ☐
Curso de Especialização em enfermagem ☐ Qual _____

7 - Categoria Profissional:
☐ Enfermeiro
☐ Enfermeiro Especialista ☐ Enfermeiro Chefe

8 - Tempo de Exercício Profissional: Anos

9 - Tempo de serviço na área de Pediatria: Anos

10 - Serviço onde exerce funções:

☐ Pediatria

☐ Urgência ala pediátrica

☐ Consulta externa

11- No último ano confrontou-se com alguma situação de perda/ morte na sua família e/ou amigos?

☐ Sim

☐ Não

12 - No último ano confrontou-se com alguma situação de doença grave na sua família e/ou amigos?

☐ Sim

☐ Não

PARTE II

Questionário do sentido de coerência

(Antonovsky, 1987. Versão portuguesa Saboga Nunes, Luís Ângelo, in <http://www.salutogenesis.net>. e-mail: saboga@salutogenesis.net)

Caro colega:

A resposta às questões apresentadas neste questionário permitem compreender melhor a importância que assume o sentido de coerência para a saúde. Responda a todas as questões, assinalando com um X, **nas quadrículas numeradas entre 1 e 7**, a opção que na sua opinião for mais correta.

Eis um exemplo:

Com que frequência tem sentimentos que duvida poder controlar	Muito frequentemente	1	2	3	4	5	6	7	Muito raramente ou nunca
---	----------------------	---	---	--------------	---	---	---	---	--------------------------

Leia cada uma das afirmações e responda sinceramente. Todas as informações são confidenciais. Não se identifique em nenhuma parte do questionário.

1. Quando fala com outras pessoas, tem o sentimento de que elas não o compreendem?	Nunca tenho esse sentimento	1	2	3	4	5	6	7	Tenho sempre esse sentimento
2. No passado, quando teve de fazer alguma coisa que dependia da cooperação de outras pessoas, tinha o sentimento	De que as coisas não iriam ser feitas	1	2	3	4	5	6	7	De que as coisas iriam ser feitas
3. Pense nas pessoas com quem contacta diariamente (que não sejam aquelas que lhe são mais chegadas). Até que ponto é	Que as sente como pessoas estranhas	1	2	3	4	5	6	7	Que as conhece Muito bem
4. Tem o sentimento de que não se interessa pelo que se passa à sua volta?	Muito raramente	1	2	3	4	5	6	7	Muito frequentemente
5. Já lhe aconteceu no passado ter ficado surpreendido pelo comportamento de pessoas que julgava conhecer	Nunca aconteceu	1	2	3	4	5	6	7	Sempre aconteceu

6. Já lhe aconteceu ter sido desapontado por pessoas com quem contava	Nunca aconteceu	1	2	3	4	5	6	7	Sempre aconteceu
7. A vida é:	Cheia de interesse	1	2	3	4	5	6	7	Absolutamente rotineira
8. Até hoje, na vida,	Não consegui um projecto e um rumo	1	2	3	4	5	6	7	Conseguir um projecto e um rumo
9. Tem o sentimento de que não é tratado/a com justiça?	Muito frequentemente	1	2	3	4	5	6	7	Raramente ou nunca
10. Nos últimos dez anos a sua vida tem sido	Cheia de mudanças sem ser capaz de prever o que vem a seguir	1	2	3	4	5	6	7	Completamente consistente e previsível
11. A maior parte das coisas que irá fazer (no futuro) serão provavelmente	Completamente Fascinantes	1	2	3	4	5	6	7	Tremendamente Aborrecidas
12. Tem sentido muitas vezes que se encontra numa situação pouco habitual, sem saber o que fazer?	Acontece sempre	1	2	3	4	5	6	7	Nunca acontece
13. Indique o que melhor descreve a sua maneira de ver a vida	Consegue-se sempre encontrar uma solução para as coisas dolorosas da vida	1	2	3	4	5	6	7	Nunca há solução para as coisas dolorosas da vida
14. Quando reflete sobre a sua vida, frequentemente	Sente como é bom viver	1	2	3	4	5	6	7	Pergunta-se a si próprio por que razão veio ao mundo
15. Quando enfrenta algum problema difícil, a solução é	Sempre confusa e difícil de encontrar	1	2	3	4	5	6	7	Sempre perfeitamente clara
16. Aquilo que faz diariamente é	Uma fonte de profunda satisfação	1	2	3	4	5	6	7	Uma fonte de sofrimento e aborrecimento

17. A sua vida futura será provavelmente	Cheia de mudanças sem você prever o que vem a seguir	1	2	3	4	5	6	7	Perfeitamente consistente e previsível
18. Quando no passado lhe acontecia alguma coisa desagradável, a sua tendência era para:	Afundar-se no problema	1	2	3	4	5	6	7	Dizer para si mesmo: “Paciência, tudo se há-de resolver” e seguia em frente
19. Tem sentimentos e ideias muito confusos?	Muito frequentemente	1	2	3	4	5	6	7	Muito raramente ou nunca
20. Quando faz alguma coisa que lhe dá satisfação fica com a certeza	Que essa satisfação vai perdurar	1	2	3	4	5	6	7	Que qualquer coisa vai acabar por estragar essa satisfação
21. Acontece-lhe ter sentimento que gostaria de não ter	Muito frequentemente	1	2	3	4	5	6	7	Muito raramente ou nunca
22. Tem a expectativa que a sua vida pessoal, no futuro:	Não terá qualquer sentido ou projecto próprio	1	2	3	4	5	6	7	Terá pleno sentido e projecto próprio
23. Pensa que haverá sempre pessoas com quem possa contar no futuro?	Estou certo que haverá	1	2	3	4	5	6	7	Duvido que haja
24. Acontece-lhe sentir que não sabe exatamente o que está para acontecer?	Muito frequentemente	1	2	3	4	5	6	7	Muito raramente ou nunca
25. Muitas pessoas (mesmo as que têm forte carácter) muitas vezes, em certas situações, sentem-se uns falhados. Com que frequência já se sentiu assim no passado?	Nunca aconteceu	1	2	3	4	5	6	7	Aconteceu frequentemente

26. Quando alguma coisa acontece, geralmente acaba por verificar que:	Avaliou mal a dimensão do problema	1	2	3	4	5	6	7	Avaliou corretamente a dimensão do problema
27. Quando pensa nas dificuldades que vai ter de enfrentar em situações importantes da sua vida, tem o sentimento de que:	Conseguirá ultrapassar as dificuldades	1	2	3	4	5	6	7	Não conseguirá ultrapassar as dificuldades
28. Com que frequência sente que têm pouco sentido as coisas que faz na sua vida diária?	Muito frequentemente	1	2	3	4	5	6	7	Muito raramente ou nunca
29. Com que frequência tem sentimentos que duvida poder controlar?	Muito frequentemente	1	2	3	4	5	6	7	Muito raramente ou nunca

PARTE III

Por favor responda às seguintes questões abertas referindo emoções e sentimentos:

MORTE faz-me sentir:

(Emoções e sentimentos)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

A MORTE DA CRIANÇA faz-me sentir:

(Emoções e sentimentos)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

A MORTE das CRIANÇAS QUE CUIDO faz-me sentir:

(Emoções e sentimentos)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

Anexo 5 – Questionário 2

PARTE I

Este questionário não levará muito tempo a responder. **Escolha uma e apenas uma resposta.** Responda, colocando uma cruz (X) na quadrícula que achar mais correta ou escrevendo nos espaços destinados para o efeito.

1 - Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

2 – Idade Anos

3 - Religião: Católica ☐
Testemunhas de Jeová ☐
Outra ☐ Qual _____

4 - Estado Civil:
Solteiro(a) ☐
Casado(a)/União de facto ☐
Separado(a)/ Divorciado(a) ☐
Viúvo(a) ☐

5- Tem filhos? Sim ☐ Não ☐
Se sim quantos _____ n° de filhos
Com que idades?
1º filho _____ anos
2º filho _____ anos
3º filho _____ anos

6 - Habilitações Académicas:
Bacharelato ou equivalente legal ☐
Licenciatura ou equivalente legal ☐
Mestrado ☐
Doutoramento ☐

7 – Formação profissional:
Curso de enfermagem ou equivalente legal ☐
Curso de Especialização em enfermagem ☐ Qual _____

7 - Categoria Profissional:
☐ Enfermeiro
☐ Enfermeiro Especialista ☐ Enfermeiro Chefe

8 - Tempo de Exercício Profissional: Anos

9 - Tempo de serviço na área de Pediatria: Anos

10 - Serviço onde exerce funções:

☐ Pediatria

☐ Urgência ala pediátrica

☐ Consulta externa

11- No último ano confrontou-se com alguma situação de perda/ morte na sua família e/ou amigos?

☐ Sim

☐ Não

12 - No último ano confrontou-se com alguma situação de doença grave na sua família e/ou amigos?

☐ Sim

☐ Não

13- Na sua prática profissional alguma vez se confrontou com a morte ou eminência de morte de um adulto?

☐ Sim

☐ Não

14- Na sua prática profissional alguma vez se confrontou com a morte ou eminência de morte de uma criança?

☐ Sim

☐ Não

PARTE II

Relativamente aos **sentimentos/emoções perante a morte** refira o seu grau de concordância, assinalando com um X a resposta que melhor traduza os seus sentimentos:

A morte faz-me sentir	1	2	3	4	5
	Não concordo nada	Concordo pouco	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo plenamente
Tristeza					
Revolta					
Impotência					
Injustiça					
Dor					
Angústia					
Perda					
Frustração					
Medo					
Raiva					
Sufrimento					
Saudade					
Alívio					
Compaixão					
Depressão					
Culpa					
Desilusão					
Vazio					
Confusão					
Negação					
Esperança					

Relativamente aos **sentimentos/emoções perante a morte da criança** refira o seu grau de concordância, assinalando com um X a resposta que melhor traduza os seus sentimentos:

A morte da criança faz-me sentir	1	2	3	4	5
	Não concordo nada	Concordo pouco	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo plenamente
Tristeza					
Revolta					
Impotência					
Injustiça					
Dor					
Angústia					
Perda					
Frustração					
Medo					
Raiva					
Sufrimento					
Saudade					
Alívio					
Compaixão					
Depressão					
Culpa					
Desilusão					
Vazio					
Confusão					
Negação					
Esperança					

Relativamente aos **sentimentos/emoções perante a morte da criança que cuida** refira o seu grau de concordância, assinalando com um X a resposta que melhor traduza os seus sentimentos. Se nunca se confrontou com a morte de uma criança na sua prestação de cuidados considere quais os seus sentimentos face a essa eventualidade.

A morte da criança que cuido faz-me/faria sentir	1	2	3	4	5
	Não concordo nada	Concordo pouco	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo plenamente
Tristeza					
Revolta					
Impotência					
Injustiça					
Dor					
Angústia					
Perda					
Frustração					
Medo					
Raiva					
Sufrimento					
Saudade					
Alívio					
Compaixão					
Depressão					
Culpa					
Desilusão					
Vazio					
Confusão					
Negação					
Esperança					

PARTE III

Questionário do sentido de coerência

(Antonovsky, 1987. Versão portuguesa Saboga Nunes, Luís Ângelo, in <http://www.salutogenesis.net>. e-mail: saboga@salutogenesis.net)

Caro colega:

A resposta às questões apresentadas neste questionário permitem compreender melhor a importância que assume o sentido de coerência para a saúde. Responda a todas as questões, assinalando com um X, **nas quadrículas numeradas entre 1 e 7**, a opção que na sua opinião for mais correta.

Eis um exemplo:

Com que frequência tem sentimentos que duvida poder controlar	Muito frequentemente	1	2	3	4	5	6	7	Muito raramente ou nunca
---	----------------------	---	---	--------------	---	---	---	---	--------------------------

Leia cada uma das afirmações e responda sinceramente. Todas as informações são confidenciais. Não se identifique em nenhuma parte do questionário.

1. Quando fala com outras pessoas, tem o sentimento de que elas não o compreendem?	Nunca tenho esse sentimento	1	2	3	4	5	6	7	Tenho sempre esse sentimento
2. No passado, quando teve de fazer alguma coisa que dependia da cooperação de outras pessoas, tinha o sentimento	De que as coisas não iriam ser feitas	1	2	3	4	5	6	7	De que as coisas iriam ser feitas
3. Pense nas pessoas com quem contacta diariamente (que não sejam aquelas que lhe são mais chegadas). Até que ponto é	Que as sente como pessoas estranhas	1	2	3	4	5	6	7	Que as conhece Muito bem
4. Tem o sentimento de que não se interessa pelo que se passa à sua volta?	Muito raramente	1	2	3	4	5	6	7	Muito frequentemente
5. Já lhe aconteceu no passado ter ficado surpreendido pelo comportamento de pessoas que julgava conhecer	Nunca aconteceu	1	2	3	4	5	6	7	Sempre aconteceu

6. Já lhe aconteceu ter sido desapontado por pessoas com quem contava	Nunca aconteceu	1	2	3	4	5	6	7	Sempre aconteceu
7. A vida é:	Cheia de interesse	1	2	3	4	5	6	7	Absolutamente rotineira
8. Até hoje, na vida,	Não consegui um projecto e um rumo	1	2	3	4	5	6	7	Conseguir um projecto e um rumo
9. Tem o sentimento de que não é tratado/a com justiça?	Muito frequentemente	1	2	3	4	5	6	7	Raramente ou nunca
10. Nos últimos dez anos a sua vida tem sido	Cheia de mudanças sem ser capaz de prever o que vem a seguir	1	2	3	4	5	6	7	Completamente consistente e previsível
11. A maior parte das coisas que irá fazer (no futuro) serão provavelmente	Completamente Fascinantes	1	2	3	4	5	6	7	Tremendamente Aborrecidas
12. Tem sentido muitas vezes que se encontra numa situação pouco habitual, sem saber o que fazer?	Acontece sempre	1	2	3	4	5	6	7	Nunca acontece
13. Indique o que melhor descreve a sua maneira de ver a vida	Consegue-se sempre encontrar uma solução para as coisas dolorosas da vida	1	2	3	4	5	6	7	Nunca há solução para as coisas dolorosas da vida
14. Quando reflete sobre a sua vida, frequentemente	Sente como é bom viver	1	2	3	4	5	6	7	Pergunta-se a si próprio por que razão veio ao mundo
15. Quando enfrenta algum problema difícil, a solução é	Sempre confusa e difícil de encontrar	1	2	3	4	5	6	7	Sempre perfeitamente clara
16. Aquilo que faz diariamente é	Uma fonte de profunda satisfação	1	2	3	4	5	6	7	Uma fonte de sofrimento e aborrecimento

17. A sua vida futura será provavelmente	Cheia de mudanças sem você prever o que vem a seguir	1	2	3	4	5	6	7	Perfeitamente consistente e previsível
18. Quando no passado lhe acontecia alguma coisa desagradável, a sua tendência era para:	Afundar-se no problema	1	2	3	4	5	6	7	Dizer para si mesmo: “Paciência, tudo se há-de resolver” e seguia em frente
19. Tem sentimentos e ideias muito confusos?	Muito frequentemente	1	2	3	4	5	6	7	Muito raramente ou nunca
20. Quando faz alguma coisa que lhe dá satisfação fica com a certeza	Que essa satisfação vai perdurar	1	2	3	4	5	6	7	Que qualquer coisa vai acabar por estragar essa satisfação
21. Acontece-lhe ter sentimento que gostaria de não ter	Muito frequentemente	1	2	3	4	5	6	7	Muito raramente ou nunca
22. Tem a expectativa que a sua vida pessoal, no futuro:	Não terá qualquer sentido ou projecto próprio	1	2	3	4	5	6	7	Terá pleno sentido e projecto próprio
23. Pensa que haverá sempre pessoas com quem possa contar no futuro?	Estou certo que haverá	1	2	3	4	5	6	7	Duvido que haja
24. Acontece-lhe sentir que não sabe exatamente o que está para acontecer?	Muito frequentemente	1	2	3	4	5	6	7	Muito raramente ou nunca
25. Muitas pessoas (mesmo as que têm forte carácter) muitas vezes, em certas situações, sentem-se uns falhados. Com que frequência já se sentiu assim no passado?	Nunca aconteceu	1	2	3	4	5	6	7	Aconteceu frequentemente

26. Quando alguma coisa acontece, geralmente acaba por verificar que:	Avaliou mal a dimensão do problema	1	2	3	4	5	6	7	Avaliou corretamente a dimensão do problema
27. Quando pensa nas dificuldades que vai ter de enfrentar em situações importantes da sua vida, tem o sentimento de que:	Conseguirá ultrapassar as dificuldades	1	2	3	4	5	6	7	Não conseguirá ultrapassar as dificuldades
28. Com que frequência sente que têm pouco sentido as coisas que faz na sua vida diária?	Muito frequentemente	1	2	3	4	5	6	7	Muito raramente ou nunca
29. Com que frequência tem sentimentos que duvida poder controlar?	Muito frequentemente	1	2	3	4	5	6	7	Muito raramente ou nunca

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO